

Internetin sisältämä terveystieto

Haaste potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutussuhteelle?

Tarja Rätty

Pro gradu- tutkielma

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto

Itä Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveystieteiden laitos

Kesäkuu 2011

ITÄ SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Sosiaali- ja terveysjohtamisenlaitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto

RÄTY TARJA: Internetin sisältämä terveystieto *Haaste potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutusuhteelle?*

Pro-gradu tutkielma, 58 sivua, 3 liitettä (7 sivua)

Ohjaajat: Lehtori, YTM Sirpa Kuusisto-Niemi

Kesäkuu 2011

Avainsanat: terveystieto, Internet, terveydenhuollon ammattilainen, tiedonhaku

Työn tarkoituksena on tutkia minkälaisia haasteita Internetin lisääntyvä terveystieto tuo terveydenhuoltoon. Tarkastelun kohteena on Internetin terveystiedon merkitys tiedon hakijalle ja terveydenhuollon ammattilaiselle sekä mitä muutoksia potilaiden lisääntynyt terveystietämys on mahdollisesti tuonut potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen suhteeseen.

Viimeisten 10 vuoden aikana on Internetin käyttö lisääntynyt runsaasti. Maailmanlaajuinen tietoverkko mahdollistaa lähes rajattoman tiedon hankinnan. Terveysaiheiset haut yleisillä hakukoneilla ovat tutkimusten mukaan kaikkein yleisimpiä tietohakuja. Internetistä löytyy terveystietoa useita miljoonia sivustoja. Löydetty terveystieto saattaa johtaa hoitoon hakeutumiseen tai auttaa selviämään vaivoista omin neuvoin. Toisaalta virheellinen ja vanhentunut tieto voi olla tiedon hankkijalle jopa vahingollista.

Terveydenhuollon ammattilaisilla on ollut perinteisesti ammattinsa mukanaan tuoma auktoriteettiasema. Internetin lisääntyvä terveystieto saattaa murentaa tätä tiedollista arvovaltaa ja sen kautta tasa-arvoistaa potilaan asemaa ammattilaisiin nähden. Sairaudestaan ja terveydestään runsaasti tietoa hankkinut potilas voi olla tiedollinen haaste terveydenhuollon ammattilaiselle. Moni asiantuntijaroolistaan kiinni pitävä ammattilainen suhtautuu kielteisesti potilaisiin, jotka ovat etsineet terveystietoa Internetistä ja tuoneet tämän tiedon mukanaan vastaanotolle.

Internetin terveystieto ei kuitenkaan uhkaa asiantuntijan arvovaltaa, kuten monesti epäillään. Tietoverkoissa liikkuva tieto on usein sirpaleista ja epäluotettavaa. Internetin tiedon määrä on niin valtava, että potilaalle voi tuottaa vaikeuksia löytää tiedon valtavirrasta oikeaa tietoa tai yhdistää löytämänsä tietoa kokonaisuudeksi. Tämän tutkimuksen perusteella Internetin terveystiedon vaikutus hoitosuhteeseen on paljon pienempi kuin yleisesti luullaan. Terveydenhuollon ammattilainen on edelleen potilaalle ensisijainen tiedonlähde. Internetin terveystieto täydentää, selventää tai vahvistaa vastaanotolla saatua tietoa, ei korvaa tai mitätöi sitä.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business studies, Department of Health and Social Management, Health and Human Services Informatics

RÄTY TARJA: Health Information on the Internet *A challenge to patient-provider relationship*

Master's Thesis, 58 pages, 3 appendices (7 pages)

Advisor: Lector, M. Soc. Sc Sirpa Kuusisto-Niemi

June 2011

Keywords: Health Information, Internet, Health Care Provider, Information seeking

The aim of this study is to research what kind of challenges the growing amount of information on the internet about health care poses on the field. The study focuses on the significance of health care information on the internet for the retriever and the health care professional as well as the possible changes the patients growing knowledge of information about health may pose to the relationship between the patient and health care professional.

Use of the internet has rapidly increased over the course of the last ten years. The World Wide Web permits nearly endless information retrieval. According to research issues related to health are the most commonly searched topics on search engines. There are several million web pages dealing with health related issues. Found information may encourage the patient to seek professional treatment or help them solve the problem on their own. On the other hand false or outdated information may be harmful.

Traditionally health care professionals have been in a position of authority. The growing amount of health care information on the internet may decrease this noted power and equalize the patient's position in relation to the professionals. A patient who has gathered a lot of information on his health and illness can with it be a challenge for the health care professional. Many professionals who hold their role of expertise in high value are not pleased when a patient has searched for health information online.

Health information on the internet does not threaten the authority of the specialist as is often thought. The information online is often vague and untrustworthy. There is such a great amount of information on the internet that it might be difficult for the patient to find the relevant information and combine it in order to get a clear picture. According to this study the effects of health care information on the internet are much smaller than widely thought. The patient's primary source of information is still a health care professional. The internet's information can be used to clarify, fill and confirm the information received from a professional. It does not replace or invalidate it.

.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
1.1 Tutkimusaiheen perustelut.....	6
1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	8
2 TERVEYSTIETO INTERNETISSÄ	9
2.1 Internet tietoverkkona.....	9
2.2 Internetin käyttö terveystiedon lähteenä.....	10
2.3 Terveysverkkopalvelut	11
2.4 Internetin terveystiedon luotettavuus.....	12
2.5 Yhteiskunnallinen kehitys	15
3 INTERNET JA LUKUTAITO.....	17
3.1 Uuslukutaidot.....	17
3.2 Terveystiedon lukutaito	18
3.3 Verkkoteksti.....	19
3.4 Verkkolukutaito	21
4 AMMATTILAISTEN ARVOVALTA	22
4.1 Asiantuntijan valta.....	22
4.2 Terveystiedon ammattilaisten asenteet ja haasteet.....	24
5 TUTKIMUSMENETELMÄ.....	28
6 TUTKIMUSAINIESTON HANKINTA.....	31
6.1 Hakustrategia	31
6.2 Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit	33
6.3 Tutkimuksen lopullinen aineisto	35
7 TUTKIMUSTULOKSET	37
8 TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETO.....	45
8.1 Minkälaista terveystietoa haetaan, mihin tarkoitukseen ja kenen toimesta?.....	45
8.2 Potilas-ammattilainen vuorovaikutustilanne potilaan kannalta.....	46
8.3 Potilas-ammattilainen -vuorovaikutustilanne ammattilaisen kannalta	48
9 POHDINTA	50
9.1 Tutkimuksen tarkastelu.....	50
9.2 Tutkimusaineiston luotettavuus	52
9.3 Johtopäätökset ja tulevaisuuden tutkimushaasteet	53
LÄHTEET.....	55

LIITTEET

KUVIOT

Kuvio 1. Internetin käyttötarkoitukset keväällä 2008	10
Kuvio 2. Terveiden lukutaidon tasot	19
Kuvio 3. Paperitekstin suoraviivaisuus	20
Kuvio 4. Verkkotekstin moniulotteisuus	20
Kuvio 5. Hakuhistoria	31
Kuvio 6. Hakustrategia	32
Kuvio 7. Aineiston valinta	33
Kuvio 8. Artikkeleiden julkaisuvuodet	35

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimusaiheen perustelut

Tutkimuksessani selvitän uutta, nykypäivälle tyypillistä ilmiötä ja tarkastelen sitä sekä ammattilaisten, että tiedonhankkijan eli potilaan näkökulmasta. Tutkimusaiheeseen olen päätenyt sen ajankoh-
taisuuden ja tulevaisuuteen suuntautuvan luonteen vuoksi. Olen kiinnostunut tässä pro gradu-
tutkielmassani, muuttuuko terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden vuorovaikutussuhde poti-
laiden terveystietomäärän lisääntyessä. Tutkimus keskittyy potilas-terveydenhuollon ammattilainen-
vuorovaikutussuhteeseen ja potilaiden lisääntyneen tiedollisen osaamisen mukanaan tuoman am-
matin arvovallan mahdolliseen vähentymiseen.

Maailmanlaajuisen tietoverkon huima kehitys viimeisten kymmenen vuoden aikana on taannut eri-
laisille verkkopalveluille kasvavat markkinat. Internetin käytön yleistyessä on verkossa olevien ter-
veyspalvelujen käyttö lisääntynyt. Tutkimusten mukaan terveysaiheiset haut ovat yksi yleisimpiä
hakuja Internetin yleisissä hakukoneissa (Tilastokeskus 2008). Internetin käyttäjillä on mahdolli-
suus saada lähes rajoittamaton määrä tietoa omasta ja läheistensä sairauksista ja terveydestä yleen-
sä. Internetin terveystiedon oikeellisuutta ja ajantasaisuutta ei valvo mikään taho. Vastuu tiedon
oikeellisuudesta jää lukijalle itselleen. Internet on tuonut mukanaan lukutaitoon uuden käsitteen,
informaatiolukutaidon. Verkkosivustot kirjoitetaan perinteisestä painetusta tekstistä eroavalla verk-
kotekstillä ja verkkosivustot rakentuvat moniulotteisemmin kuin esimerkiksi kirjojen sivut. Nämä
seikat saattavat vaikuttaa Internetistä hankitun tiedon ymmärtämiseen, omaksumiseen ja muistami-
seen. (Alasilta 1998, 12–18 ja 2000, 40–71.)

Kansalaisten lisääntynyt tietomäärä terveydestä ja sairauksista murentaa terveydenhuollon ammatti-
laisten perinteistä tiedollista autonomiaa ja asiantuntijavaltaa. Potilaan hankkima tieto tasa-arvoistaa
asiantuntija-maallikko -suhdetta. (Tuorila 2004, 44–45.) Internetin mahdollisuus terveystiedon vä-
littäjänä on lähes rajaton. Tiedon vastaanottaminen ja ymmärtäminen vaatii kuitenkin uudenlaista
informaatiolukutaitoa sekä erityistä verkkolukutaitoa. (Tuominen 2006.) Terveyden ylläpidossa ja
sairauksien hoidossa ei pelkkä teoreettinen tieto riitä. Tietoa tulee osata yhdistää ja verrata koke-
muksen kautta saatuun tietoon. Tämä kokemusperäinen vertaileva tieto puuttuu usein kansalaiselta.
Terveydenhuollon ammattilaisilla on koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella laajempi tietopoh-
ja sairauksista, niiden hoidoista ja terveydestä yleensä. (Korp 2006, 78–86.)

Arvioidaan, että Internetin dokumenteista noin viisi prosenttia sisältäisi lääketieteellistä tai terveydenhoitoon liittyvää tietoa. Näillä sivuilla olevan tiedon luotettavuus ja laatu vaihtelee korkeatasoisesta objektiivisesta tiedosta hyvinkin asenteelliseen ja jopa virheelliseen tietoon. Tietoa Internetiin tuottavat monet eri toimijat, kuten julkishallinnon eri organisaatiot, tutkimuslaitokset, eri oppilaitokset, terveydenhuollon ammattilaiset, potilasyhdistykset, yksityishenkilöt ja monet kaupalliset yritykset. (Mustonen 2002, 150–162.)

Stefan Ek ja Raimo Niemelä (2010, 1-3) tutkivat postikyselyn avulla vuonna 2001 (N=2500) ja 2009 (N=1500) suomalaisten aktiivisuutta hakea terveystietoa Internetistä. Tutkimus osoitti selvää kasvua aktiivisuudessa. Vuonna 2001 79 prosenttia vastaajista ei ollut käynyt terveysaiheisilla sivustoilla, kun taas vuonna 2009 enää vain 31 prosenttia vastaajista ei ollut käynyt niillä. Tutkittavista oli käynyt terveyteen liittyvillä sivustoilla vähintään 6 kertaa 12 viimeisen kuukauden aikana vuonna 2001 kuusi prosenttia, mutta vuonna 2009 näin tiheästi sivustoilla kävi 32 prosenttia vastaajista. Toisaalta naiset olivat miehiä selvästi aktiivisempia molempina vuosina. Samoin yli 56-vuotiaiden aktiivisuus terveystiedon Internetistä etsimiseen oli nuorempia ikäluokkia selkeästi vähäisempää molempina tutkimusvuosina.

Ybarran ja Sumanin (2006, 29–41) mukaan Internetin terveystiedolla on huomattu olevan voimakas vaikutus ihmisten terveystapoihin ja -käyttäytymiseen. Suuri osa käyttäjistä saa tutkimusten mukaan Internetin tiedoista apua hoitaakseen itseään tai läheisiään paremmin. Usea käyttäjä raportoi myös ymmärtävänsä löytämänsä tiedon avulla terveyttään ja sairauksiaan paremmin. Monet ovat tietojen avulla pystyneet muuttamaan käyttäytymistään terveellisempään suuntaan. Ybarra ja Suman (mt.) toteavat myös, että tutkimusten mukaan monet terveystietoa hakeneet ovat löytämänsä tiedon perusteella osanneet hakeutua heille asianmukaiseen ja oikeanlaiseen hoitoon ja tutkimuksiin. Tiedonhankijat perustelevat Internetin käyttöä terveystiedon hakupaikkana käytön helppoudella, tiedon saannin nopeudella, tiedon suurella määrällä sekä ennen kaikkea tiedon saannin maksuttomuudella.

Toisaalta uudenlaiset mediat tuovat uusia haasteita tiedon ymmärtämiseen ja hyödyntämiseen. Tuija Sirkka (2005, 257) toteaa artikkelissaan Ymmärrystä tiedosta ja viestinnästä: ”Informaation tulva on valtava. Tiedonsiirrossa ja viestinnässä on tapahtunut iso periaatteellinen muutos ajatellen tiedon oikeellisuutta ja luotettavuutta. Internetissä ei olekaan yhteisesti sovittuja lainalaisuuksia. Toisin kuin muissa viestimissä, ei tekstien paikkansapitävyyttä ja asiallisuutta ole välttämättä kukaan ulkopuolinen tarkistanut. Näin ollen tietoyhteiskunnan kansalaisten isona haasteena onkin aivan erityi-

nen medialukutaito, joka sisältää jatkuvan kriittisyyden. Netistä tietoja etsivä joutuu tekemään jatkuvasti valintoja ja suodattamaan näkemäänsä ja lukemaansa”.

Yksilö ei voi olla aktiivinen toimija oman terveytensä tai sairautensa tiimoilta ilman informaation ymmärtämistä tai sen käsittelykykyä. Perinteisestä passiivisesta tiedon vastaanottajasta aktiivisen osallistujan rooliin siirtyminen edellyttää ainakin kohtalaista terveydenlukutaitoa. Terveystieteen henkilöstöltä vaaditaan toimintatapoja, jotka ovat yhdensuuntaisia yksilön terveydenlukutaitojen kanssa. Asiantuntijan on siten tunnistettava, mikä yksilön omaamasta tiedosta on irtonaista, välineellistä tietoa ja mikä on toiminnallista, kriittisesti omaksuttua tietoa. (Leskinen & Koskinen 2000, 23–25.)

1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Kirjallisuuskatsauksen avulla on tarkoitus selvittää minkälaisia haasteita Internetistä saatava terveystieto tulevaisuudessa ammattilaisille asettaa, sillä Internet on käyttäjilleen uusi ja laaja terveystiedon lähde. Internetistä löytyy tietoa lääkkeistä ja niiden vaikutuksista. Verkossa voi tutustua uusiin hoitomenetelmiin ja -suosituksiin. Lisäksi käyttäjät voivat määrittää terveydentilaansa erilaisten testien avulla, osallistua tukiryhmien toimintaan, esittää terveyteen liittyviä kysymyksiä ja saada vastauksia sekä muilta käyttäjiltä että asiantuntijoilta. (Mustonen 2002, 150–162.) Terveystieto Internetissä sisältää tietoa hyvinvoinnista, sairauksien ehkäisystä ja hoidoista sekä terveyteen ja terveydenhoitoon liittyvää päätöksenteon tueksi jaettavaa tietoa. (Ahmad & Dzenowagis 2001, e28.) Tutkimuksen avulla on tarkoitus saada vastaus ensimmäiseen tutkimuskysymykseen:

Minkälaista terveystietoa ja mihin käyttöön tietoa Internetistä haetaan ja kenen toimesta?

Potilaiden tiedonhakutaitojen kasvaessa myös hoitohenkilökunta joutuu uusien haasteiden eteen. Potilailla on aikaisempaa suuremmat mahdollisuudet hakea ja etsiä terveydenhuoltoon ja omaan yksittäiseen tilanteeseensa soveltuvaa tietoa Internetistä. Suurempi tietomäärä mahdollistaa tasavertaisemmän keskustelun terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Internet vaikuttaa ammattilaisen ja potilaan suhteeseen vähentämällä tiedollista epätasa-arvoa. (Wilkinson & Targonski 2003, 157–61.) Tutkimuksen avulla on tarkoitus saada vastaus toiseen tutkimuskysymykseen:

Minkälaisia vaikutuksia potilaiden lisääntyneellä terveystiedolla on terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden vuorovaikutussuhteeseen toisaalta potilaan ja toisaalta ammattilaisen näkökulmasta?

2 TERVEYSTIETO INTERNETISSÄ

2.1 Internet tietoverkkona

Internet on maailmanlaajuinen tietoverkko, joka yhdistää eri verkkoja toisiinsa. Internetin sivustoille voi kuka tahansa toimija luoda sivustoja valitsemastaan aiheesta. Tietoverkossa voi tehdä hakuja maailmanlaajuisesti ympäri vuorokauden. Internetin yleistyminen kansalaisten käyttöön on merkinnyt tiedonhaun vallankumousta. Aikaisemmin tietoa kerättiin useilta eri tahoilta, esimerkiksi arkistoista, erillisistä tietokannoista, erikoiskirjastoista tai asiantuntijoilta kysyen. Nykyään saman tiedon löytää Internetin hakukoneiden avulla nopeasti ja helposti maailman suurimmasta tietokannasta. (Eysenbach & Köhler 2002, 573–577.)

Internet -nimityksellä viitataan Word Wild Web:iin eli verkkojen verkkoon. Nykyään sana Internet on muodostunut yleisanaksi kuvaamaan tietoverkkoja, samoin kuin esimerkiksi televisio kuvaa monelle kuvallista mediaa yleisesti. Internetin mahdollisuudet kaikkien kansalaisten käytössä olevana tietoverkkona yleistyi 1980-luvulla, mutta varsinainen käytön jyrkkä lisääntyminen tapahtui vasta 1990-luvun puolen välin jälkeen. (Suominen 2003.) Tieto- ja viestintätekniiikan käyttö on yleistynyt kansalaisten keskuudessa viime vuosina. Yhä useammalla taloudella on käytössään tietokone ja verkkoyhteys Internetiin. Käyttäjien määrä kaikissa ikäluokissa on kasvanut tasaiseen tahtiin. (Hallituksen politiikkaohjelmat 2005.)

Tilastokeskuksen vuonna 2010 julkistaman tutkimuksen mukaan vanhemmissa ikäryhmissä internetin käyttö yleistyy nopeasti ja Internetin käyttäjien osuus 65–74-vuotiaista kasvoi vuodesta 2009 peräti kymmenellä prosenttiyksiköllä, 43 prosenttiin. Nuoremmissa ikäryhmissä jo lähes kaikki käyttävät nettiä. Internetiä käytetään paitsi yhä yleisemmin, myös yhä useammin. Suomalaisista 72 prosenttia on Internetissä päivittäin tai lähes päivittäin. Päivittäinen käyttö yleistyy kaikenikäisten parissa, mutta nopeimmin vanhemmissa ikäryhmissä. Internetin käyttö on jo niin runsasta, että se muodostaa valtaosan tietokoneen yksityiskäytöstä.” (Tilastokeskus 2010.)

2.2 Internetin käyttö terveystiedon lähteenä

Tilastokeskus on haastatellut keväällä 2008 3000 henkilöä tieto- ja viestintätekniikan käyttötutkimuksessaan. Tutkimuksessa kartoitettiin Internetin käyttötarkoituksia. Haastattelussa oli annettu 27 eri käyttötarkoitustavoitetta. Terveysaiheista käyttötarkoitusta varten käytti Internetiä 62 prosenttia kaikista haastatelluista. Terveys- ja sairausaiheiset haut olivat kuudenneksi eniten käytettyjä käyttötarkoituksia. Kuvio 1 esittää Internetin käyttötarkoitukset prosentteina Internetin käyttäjistä ikäryhmittäin.

Käyttötarkoitus	Kaikki	16-29v.	30-49v.	50-74v.
Sähköpostien lähettäminen tai vastaanotto	90	95	91	83
Tavaroita ja palveluita koskeva tiedonetsintä	88	92	92	79
Pankkiasiat	87	84	92	82
Matka- ja majoituspalvelujen selailu	70	63	75	68
Verkkolehtien lukeminen	69	68	73	66
Etsinyt sairauksiin, ravitsemukseen tai terveyteen liittyvää tietoa	62	60	66	57
Tiedonhaku viranomaisten verkkosivuilta	56	54	63	49
Koulutus- ja kurssitarjonnan etsintä	44	57	46	28

Kuvio 1. Internetin käyttötarkoitukset keväällä 2008 (Tilastokeskus 2008).

Internetin käyttäjät hakevat terveystietoa useasta eri tietolähteestä ja vertailevat näistä saatua tietoa keskenään. Käyttäjät arvioivat itse pystyvänsä erottamaan Internetin tarjonnasta luotettavan tiedon epäluotettavasta. Käyttäjät kertovat muun muassa luottavansa enemmän julkisiin kuin yksityisiin sivustoihin, sekä kokevansa tieteelliset julkaisut kaupallisia julkaisuja vakuuttavimmiksi. Käytäntö on kuitenkin usein aivan toista. Tutkimuksissa on huomattu käyttäjien käyttävän pääasiassa yleisiä hakukoneita yhden tai kahden hakusanan turvin. Yleensä korkeintaan kaksi tai kolme ensimmäistä hakutulolinkkiä luetaan. Yleiset hakukoneet eivät järjestä hakutuloksia luotettavuuden mukaan. Järjestykseen vaikuttaa myös kaupalliset tahot maksua vastaan. Systemaattinen haku tieteellisistä, esimerkiksi kirjastojen tietokannoista on erittäin harvinaista. Vaikka Internet mahdollistaa kansainväliset haut, käyttäjät pitäytyvät yleensä omissa ykköskielessään. Jälkikäteen käyttäjät harvoin muistavat miltä sivustolta tieto oli peräisin. (Eysenbach & Köhler 2002, 573–577.)

2.3 Terveysverkkopalvelut

Stakesin Sosiaali- ja terveystieteiden terminologiasanasto (Stakes 1999,17) määrittelee palvelun aineettomaksi hyödykkeeksi, joka syntyy organisoidun toiminnan tuloksena ja tyydyttää ihmisen tarpeet joko välittömästi tai välillisesti. Aineettomat hyödykkeet ovat sanaston mukaan palveluita, kun taas aineelliset hyödykkeet ovat tuotteita. Sanaston tietojärjestelmien näkökulmien mukaisen tarkennuksen kannalta palvelu kuvataan tietojärjestelmän käyttöjärjestelmän mukaan ilmaistuina palvelua kuvaavina nimikkeinä, tuotteina tai sanallisina kuvauksina. Suuren suomalaisen sanakirjan (2004) mukaan palvelu on aineettoman hyödykkeen tuottamista asiakkaalle. Määritelmän mukaan palveluun kuuluu se, että palvelu kulutetaan tai koetaan samanaikaisesti kuin sitä tuotetaan.

Jarmo Parkkinen (2002, 18–22) määrittelee verkkopalvelun olevan Internetin kautta saavutettava palvelu tai palveluiden kokonaisuus. Verkkopalvelu koostuu Parkkisen (mt.) mukaan kokonaisuudesta, joka soveltuu käyttäjän jonkin tehtävän suorittamiseen. Verkkopalvelu on siten palveluiden kokonaisuus, jota käyttäjä käyttää haluamansa päämäärän saavuttamiseksi. Verkkopalvelut voidaan jakaa kahteen eri ryhmään: sovellukset ja viestintä. Sovelluksissa on kysymys jonkin tietyn tehtävän suorittamisesta verkkopalvelussa. Tällaisia tehtäviä ovat esimerkiksi pankkijärjestelmät, matkalippujen tilaukset tai ajanvaraus johonkin palveluun. Viestinnästä puhutaan kun, sivustoilla on tietoa ja informaatiota tekstinä, kuvana tai äänenä. Viestintä on joko organisaation asiakkaalle tarjoamaa informaatiota tai yksityishenkilöiden keskinäistä ja ryhmäviestintää. Useimmat verkkopalvelut sisältävät kumpiakin ominaisuuksia. Näiden tyyppien erottaminen onkin tärkeää lähinnä järjestelmien suunnittelussa. Käyttäjille ei erottelu välttämättä näy.

Riku Lemmetyn ja Kari Mäkelän (2004, 81–98) mukaan terveystietoverkkopalveluilla tarkoitetaan kuluttajille suunnattuja sähköisiä palveluita, joiden tarkoituksena on tarjota terveyteen liittyvää tietoa tai perinteiseen terveydenhuoltoon liittyviä toimintoja. Esimerkkeinä mainitaan palvelut, joiden avulla kuluttaja voi hakea terveystietoa, olla vuorovaikutuksessa terveydenhuollon asiantuntijan kanssa tai varata aikaa vaikkapa terveydenhoitajalle. Terveystietoverkkopalvelut toimivat perinteisen terveydenhuollon palvelujen tukena. Tietoverkkojen yleiseen luonteeseen liittyvät edut, kuten ajallinen ja paikallinen riippumattomuus palvelujen suhteen on yksi terveystietoverkkopalvelujen eduista kansalaisille verrattuna perinteisiin palvelumuotoihin. Terveystietoverkkopalveluilla voidaan osittain parantaa haja-asutusalueilla asuvien kansalaisten terveydenhuollon palveluiden saatavuutta ja terveystiedon saantia.

Lemmetty ja Mäkelä (2004, 81–98) ovat tutkimuksessaan kuluttajien luottamuksesta sähköisiin palveluihin selvittäneet myös terveydenhuollon verkkopalveluiden käyttöä. Yhtenä selvityksen aiheena oli se, kuinka paljon tietoa ja suosituksia terveystalvveluista Internetissä saa omasta sosiaalisesta ympäristöstä. Tuloksena oli, ettei terveystalvveluista saatu merkittävästi tietoa ympäristöstä. Tulos on tulkittu siten, että henkilökohtaiseen terveyteen liittyvät asiat koetaan yksityisiksi, eikä käyttäjä halua hänen lähiympäristönsä tietävän henkilökohtaiseen terveyteensä liittyvien tietojen etsinnästä. Myös Korp (2006, 78–86) tuo esiin tärkeän seikan verkon anonymisyydestä. Tietoa voi hakea ja terveyteen liittyviä kysymyksiä voi esittää ilman henkilöllisyyden paljastumista. Tämä yksityisyyden suoja vähentää monesti kynnystä tiedon hakemiseen, varsinkin intiimeissä asioissa. Näin voidaan ajatella terveystalvveluiden mahdollistavan paremmat mahdollisuudet terveyden ylläpitoon.

Yhtenä terveystalvvelujen suurimpana etuna pidetään potilaiden mahdollisuutta hakea vertaistukea verkkojen kautta. Samaa sairautta sairastavat, samoja hoitoja saavat tai muuten samojen ongelmien parissa painiskelevat henkilöt voivat verkon kautta jakaa tietoa toisilleen ja saada reaaliaikaista tukea. Verkon vertaisryhmät ovat vapaita maantieteellisistä välimatkoista ja yhteys on auki vuorokauden ympäri. (Korp 2006, 78–86.)

2.4 Internetin terveystiedon luotettavuus

Terveystiedon lisääntyminen Internetissä on ollut räjähdysmäistä. Suuntaus ei näytä laantuvan. Esimerkiksi laittamalla Googlen hakukoneeseen (www.google.com) sanan ”health” saa hakutuloksena yli 60 miljoona osumaa. Määrät vaihtelevat eikä tarkkaa lukua tiedä kukaan, mutta on arvioitu, että Internetistä löytyy yli 100 000 terveystalvveluista sivustoa. (Ahmad & Dzenowagis 2001) Terveystiedon määrän Internetissä todetakseni laitoin 1.5.2011 Googlen hakukoneeseen sanan ”health” ja sain 2 030 000 000 tulosta 0,15 sekunnissa. Lisäksi testasin Googlen hakukonetta (www.google.fi) suomenkielisillä sanoilla. Hakusanalla ”migreeni” löytyi noin 632 000 tulosta 0,10 sekunnissa. Hakusanalla ”sokeritauti” löytyi noin 23 600 tulosta 0,12 sekunnissa ja hakusanalla ”liikalihavuus” löytyi noin 37 000 tulosta 0,19 sekunnissa. Tietoa siis on, mutta onko siitä käyttäjille hyötyä ja voiko kaikkien tietoon luottaa?

Jussi Pullinen (2009) on selvittänyt Google-hakukoneen kautta haetun terveystiedon relevanssia asiantuntijoiden avulla. Hakutulosten perusteella löydetty tieto oli ollut suomenkielisillä sivuilla yllättävänkin laadukasta, mutta taso oli heikentynyt selvästi englanninkielisillä sivustoilla. Niillä hakusanoilla, joilla viitattiin suoraan johonkin diagnoosiin tai sairauteen suoraan löytyi laadukkaampaa tietoa kuin sairauden oiretta kuvailevilla sanoilla. Pullisen (mt.) tekemien haastattelujen perusteella juuri nämä kuvailevat sanat olivat kuitenkin yleisimpiä käytettyjä hakuja. Artikkelia varten haastateltujen asiantuntijoiden arvion mukaan Googlen hakukone löysi yllättävän laadukasta informaatiota. Samoin erilaiset asiantuntijasivut olivat varsin laadukkaita, vaikkakin tiedollisesti suppeita ja yleisluonteisia. Sen sijaan hakusanojen löytämät erilaiset keskustelupalstat tarjosivat lähinnä yksityisajattelua terveydestä ja sen hoitamisesta. Niiden anti oli asiantuntijoiden mukaan lähinnä viihteellistä.

Yksi ensimmäisistä julkaistuista tutkimuksista Internetin informaation huonolaatuisuudesta on jo vuodelta 1997. Kristian Lampen (2008, 2077–2083) mukaan Impiciattore ym.(1997) toivat julki, että esimerkiksi lasten kuumeen hoitoa käsittelevistä verkkosivuista ainoastaan joka kymmenes esitti suositusten mukaiset hoidot riittävän laajasti. Tilanne ei ole vuosien aikana muttunut. Lampe (mt) viittaa useisiin tutkimuksiin, joissa osoitetaan Internetin terveystieto tasoltaan keskimääräisen huonoksi vielä nykypäivänä. Ongelma on erittäin suuri. Sitä on verrattu Malthusin lakiin, jonka mukaan yksi tekijä (väestö) kasvaa eksponentaalisesti eli hyvin nopeasti ja toinen tekijä (ravinto) kasvaa lineaarisesti eli määrättyyn tahtiin. Tästä seuraa ensimmäiselle tekijälle eli väestölle ongelmia. Internetin tietoon siirrettynä Malthausin laki tarkoittaa tiedon määrän lisääntymistä eksponentaalisena ja ihmisen kykyä omaksua tietoa lineaarisena. Seurauksena on, että käytetyn tiedon määrä pienenee koko ajan eli yhä pienemmälle osalle informaatiota riittää käyttäjiä. Huonolaatuisen tiedon tuottaminen on hyvälaatuisen tiedon tuottamista helpompaa, nopeampaa ja halvempaa. Tulevaisuudessa hyvälaatuisen tiedon tuottajilla voi olla vaikeuksia kilpailla informaation tuottamisessa. Näin huonolaatuinen informaatio syrjäyttää vähitellen parempilaatuisen tai ainakin tekee sen löytämisen vaikeaksi informaation valtavan määrän vuoksi. (Lampe 2008, 2077–2083.)

Benjamin Bates, Sharon Romina, Rukhsana Ahmed ja Danielle Hopson (2006, 45–52.) ovat tutkineet Internetin terveystiedon hakijoiden kykyä erottaa luotettava tieto epäluotettavasta. He haastattelivat 519 keuhkosityöpää sairastavaa henkilöä, jotka olivat hakeneet tietoa sairaudestaan Internetistä. Tutkimushypoteesina oli, että tiedon hakijat luottavat enemmän sivustoihin, joiden sisältämän terveystiedon on tuottanut yleisesti luotettavaksi asiantuntijaksi tiedetty taho. Tutkimutulos ei tukenut tätä oletusta. Tiedon hakijat eivät välttämättä kiinnittäneet mitään huomiota sivuston tuottajaan.

Nimettömän sivuston tieto vaikutti aivan yhtä luotettavalta kuin kansallisen syöpäjärjestön sivustokin. Tiedon hakijat pysyttelivät tutkimuksen mukaan ensimmäisessä tai korkeintaan toisessa löytämässään haussa. Vertailevaa tietoa ei haettu, koska tiedon hakijoiden mielestä löydetty sivusto oli varmuudella yhtä hyvä kuin joku toinen sivusto. Tutkimuksen mukaan tiedon hakijoilla oli puutteelliset taidot erottaa laadukasta ja luotettavaa tietoa epäluotettavasta tiedosta. Tämä johtunee, tutkimuksen mukaan, kansalaisten huonosta terveyden lukutaidosta sekä puutteellisista tiedonhaku- taidoista.

Tiedon luotettavuus ja käyttökelpoisuus on myös kulttuuri-, sosiaali- ja arvosidonnaista. Eri maissa terveydenhuollolla on erilainen asema. Tarvittava ja käytettävissä oleva terveystieto on erilaista riippuen muun muassa kunkin maan viestintäkulttuurista, väestön koulutustasosta ja terveydenhuollon toimintamalleista. Internetsivustot ovat kuitenkin luettavissa maailmanlaajuisesti monella eri kielellä. Maan sisällä voi olla suuria alueellisia eroja tiedon omaksumisessa. Muiden maiden kohdalla omaksumisen vaikeus korostuu vielä suuremmin. Tiedon hakija ja lukija ei välttämättä osaa laittaa saavuttamaansa tietoa siihen kontekstiin missä se on laadittu. Internetin tieto on harvoin sellaista näyttöön perustuvaa tietoa, joka pätsisi maailmanlaajuisesti. Tiedon hakijoiden mahdollisuudet arvioida löytämänsä tiedon relevanssia ovat heikot, joten useimmat eivät osaa suhtautua tietoon kriittisesti vaan omaksuvat löytämänsä tiedon oikeana tietona. (Johnson & Turley, e2.)

Sveitsiläinen Health On the Net- säätiö (HON) on vuodesta 1996 alkaen ylläpitänyt ohjeistoa terveystiedon laadunvarmistamisesta Internetissä. Säätiön sivustoilla on kahdeksankohtainen periaatelistta, jota noudattaen tiedon luotettavuus olisi tarkastettavissa mahdollisimman kattavasti. Näitä periaatteita noudattavat terveystiedon nettisivustot saavat liittää sivuilleen yhdistyksen logon, jolla voi osoittaa sivuston käyttäjille luotettavuuden tason. Ongelmana on kuitenkin tietoverkkojen kansainvälinen luonne, rajaton olemus ja julkaisun helppous kaikilla mahdollisilla kielillä. Mitkään kriteerit eivät tavoita näin valtavaa tiedon tuottajien määrää. Sivustojen julkaisijat voivat vaihdella palvelimiensa paikkaa maasta toiseen täysin vapaasti ja nopealla aikataululla. Mikään sensuuri tai julkaisukiello ei näitä palvelimia pysty tavoittamaan. Hyvä esimerkki epärehellisten julkaisijoiden toiminnasta on British Healthcare Internet Association (BHIA) -sivusto. Yhdistys pyrki edistämään terveystiedon vastuuallista käyttöä. Sitten se on lopettanut toimintansa. Yhdistyksen verkkotunnuksen on kuitenkin rekisteröinyt itselleen kaupallinen toimija ja nyt yhdistyksen aikaisemmasta hyvin luotetusta verkko-osoitteesta www.bhia.org avautuu erilaisia vaihtoehtohoitoja tarjoava palvelu. (Lampe 2008, 2077–2083.)

Terveystiedon luotettavuuden arviointi käy ammattihenkilöiltä helpommin kuin maallikoilta. Tämän takia ammattilaiset voisivat toimia heikkolaatuisen tiedon suodattajina. Esimerkiksi lääkärit voisivat tutkia eri sivustoja ja tarkastella niiden luotettavuutta ammattitaitonsa ja erilaisten kriteeristöjen avulla. Näistä hyvälaatuisen tiedon sivustoista voisi koota potilaille yhteenvedon ja suositella näitä sivustoja omien hakukonehakujen sijasta. Näin Internetin hyvälaatuinen terveystieto tulisi tuottavaan käyttöön ja vastaanotolla olisi helpompi keskustella, kun molemmilla osapuolilla olisi samansuuntainen informaatio kyseisestä vaivasta. Ongelmana on kuitenkin aina ihmisten erilainen kyky omaksua, käsitellä ja arvottaa tietoa. (Lampe 2008, 2077–2083.)

2.5 Yhteiskunnallinen kehitys

Internetin lisääntynyt käyttö terveydenhoidossa johtuu halusta hyödyntää uusia teknologioita, halusta alentaa terveydenhuollon kustannuksia, tarpeesta tavoittaa helposti kaukana ja eristyksissä asuvat kansalaiset, sekä halusta vähentää terveystietopalvelujen käyttäjien omia kustannuksia sekä lisätä heidän hyvinvointiaan. Internetin käytön mahdollisuuden ilman aikarajoituksia uskotaan lisäävän palvelujen käyttäjien ja tiedon tarpeessa olevien mahdollisuuksia ylläpitää omaa terveydentilaansa hyvänä. (Griffiths ym.2006, 10.) Haux ym. (2002) arvioi terveydenhuollon tuotannon ja terveystietopalveluihin liittyvien markkinoiden kolminkertaistuvan vuoteen 2015 mennessä. Artikkelissa arvioidaan myös tiedon haun ja saannin lisääntyvän merkittävästi tietotekniikan kehittymisen myötä. Kirjoittajat arvelevat myös, että 95 prosenttia palvelujen tuottajista julkaisee palveluitaan Internetissä vuonna 2015. Käyttäjää palveluille tulee olemaan, koska kirjoittajat olettavan 95 prosentissa talouksista olevan silloin Internet-yhteys.

Suomen hallitus on osana vuonna 2006 laadittua tietoyhteiskuntaohjelmaa vuosille 2007–2015, asettanut tavoitteeksi lisätä maamme kilpailukykyä ja tuottavuutta, sosiaalista ja alueellista tasa-arvoa sekä kansalaisten hyvinvointia ja elämänlaatua hyödyntämällä tieto- ja viestintäteknologiaa koko maassa. Ohjelmaan kuuluu varmistaa kansalaisten pääsy nopeiden tietoliikenneyhteyksien piiriin. Tavoitteena on nopeat, alueellisesti kattavat sekä käyttäjille kohtuuhintaiset yhteydet kaikkien kansalaisten käytössä lähitulevaisuudessa. Tavoitteena on myös edistää kansalaisten tietotekniikka valmiuksia kaikin tavoin. Niille kansalaisille, joilla ei ole mahdollisuutta omaan kotiyhteyteen, tavoitteena on turvata mahdollisuus sähköisten palveluiden käyttöön julkisten palvelupisteiden kautta. (Hallituksen politiikkaohjelmat, Tietoyhteiskuntaohjelma 2007)

Sosiaali- ja terveysministeriön osalta valtion talousarvioesityksessä vuonna 2006 myönnettiin kahden vuoden siirtomäärärahana 800 000 euroa palvelujärjestelmän edistämiseen tietoteknologian avulla sekä siihen tarvittavan infrastruktuurin rakentamiseen. Määrärahasta oli tarkoitus rahoittaa tietoyhteiskuntaohjelmaa. Avustusta maksettiin kunnille, kuntayhtymille ja muille palvelujen tuottajille. Tavoitteena oli varmistaa, että uuden tietoteknologian käyttöönotto toteutuu tasapuolisesti koko maassa muun muassa toteuttamalla kansalaisten terveysverkkopalvelu. (Valtion talousarvioesitys 2006.) Kyseinen terveysverkkopalvelu-hanke ei päässyt käynnistymään suunnitelmien mukaan vuosina 2006–2008. Hanke on aloitettu uudestaan nimellä SADe, sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma. Hankeen valmisteluseminaari on pidetty toukokuussa 2011. SADe-ohjelma on osa sosiaali- ja terveydenhuollon Oma terveys ja Hyvinvointipalvelujen suunnittelu palvelukokonaisuutta. Jälleen on tarkoituksena muun muassa saada kansalaisten käyttöön toimiva, tarpeisiin vastaava sosiaali- ja terveystiedon verkkopalvelu. Verkkopalveluun tulee suunnitelmien mukaan esimerkiksi luotettavia testejä terveyden omaseurannan tueksi ja avuntarpeen arviointiin. Tietoa hankkeesta löytyy Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivuilta osoitteesta: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/palvelukokonaisuudet. (Valtioministeriö 2011.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on meneillään TerveSuomi.fi -hanke, jossa ovat mukana kaikki keskeiset terveyden edistämisen alalla toimivat tahot. Terve Suomi.fi-toimintamalli kokoaa yhteen terveysalan tutkimus- ja asiantuntijalaitosten, viranomaisten ja järjestöjen tuottaman terveystiedon ja tarjoaa yhteisen jakelukanavan osoitteessa www.tervesuomi.fi. TerveSuomi.fi sivuston tavoitteena on tehostaa terveystiedon löytyvyyttä ja parantaa kansalaisten pääsyä Internetin terveystiedon lähteille asuinpaikasta tai vuorokauden ajasta riippumatta. Lisäksi palvelun tehtävänä on auttaa kansalaisia, terveyden edistämisen ammattilaisia sekä yhteisöjä tekemään tietoon pohjautuvia päätöksiä terveyden hyväksi. Terveystietoportti tukee myös EU:n yhteistä tavoitetta parantaa kansalaisten pääsyä luotettavan terveystiedon lähteille. Portaali on käytössä osoitteessa: <http://www.tervesuomi.fi>. Sivustoja ei tällä hetkellä ylläpidetä päivitysten osalta. Tervesuomi.fi sivustot tulevat uudistumaan osana SADe-hanketta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010.)

3 INTERNET JA LUKUTAITO

3.1 Uuslukutaidot

Lukutaito -käsitteellä tarkoitetaan kykyä lukea ja kirjoittaa. Hyvä lukutaito lisää yksilön toimintakykyä sekä oppimisen riippumattomuutta ajasta, paikasta ja auktoriteeteista. Lukutaitoa voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Lukutaito on suppeana käsitteenä välineellistä tiedonkäsitteilyä, peruslukutaitoa. Laajempaan lukutaidon käsitteeseen sisältyy funktionaalinen eli käytännöllinen lukutaito. Tällä tarkoitetaan yksilön kykyä yhdistää lukemalla hankittuja tietoja ja taitoja ympäristöönsä. Lukutaidosta tulee näin myös toiminnallista, jolloin yksilöllä on kyky yhdistää lukutaito ympäristön vaatimuksiin ja omaan kriittiseen ajatteluunsa. Silloin puhutaan kriittisestä lukutaidosta. Tasot ovat toisistaan riippuvaisia: ilman peruslukutaitoa ei voi saavuttaa muita tasoja. Lukutaidon taso vaihtelee eri yksilöiden välillä ja yksilöillä itselläänkin elämänvaiheista ja -tilanteista riippuen. (Jakonen 2003, 121–131.)

Uudet oppimis- ja viestintäympäristöt asettavat lukutaidolle uusia haasteita. Perinteisen lukutaidon rinnalle on syntynyt uuslukutaitoja. Näillä tarkoitetaan kykyä lukea esimerkiksi ympäristöä, kuvia, tietotekniikkaa tai jopa tunteita ja arvoja. Informaatio- ja terveydenlukutaito kuuluvat näihin uuslukutaitoihin. (Jakonen 2003, 121–131.) Informaatiolukutaidossa on kyse muun muassa erilaisista lähteistä peräisin olevan informaation tunnistamisesta, yksilöinnistä, paikallistamisesta, keruusta, valinnasta, tallennuksesta, tulkinnasta ja käytöstä. Informaatiolukutaitoon luetaan myös kyky menestyksekkääseen tiedonhankintaan ja hakustrategiatoimintaan. Lisäksi informaatiolukutaitoiselta henkilöltä odotetaan erilaisten tietojärjestelmien käytön hallintaa. Voidaan jopa kysyä, kuinka moni henkilö voi enää pitää itseään informaatiolukutaitoisena, mikäli kaikkien kriteerien tulisi täyttyä. (Tuominen 2006, 142–143.)

Riippumatta siitä, käyttääkö henkilö perinteistä lukutaitoa vai uuslukutaitoa on muodostuneella tiedolla jokaiselle henkilölle oma merkityksensä. Informoiduksi tuleminen on hyvin yksilöllinen tapahtuma, koska tiedonhankkijan ongelma on yleensä henkilökohtainen tavalla tai toisella. Tiedolla on usein suuri subjektiivinen merkitys henkilölle itselleen, vaikka kyseinen tieto ei muille henkilöille merkitsisikään mitään. Informaation vastaanotto on siten aina monimerkityksellistä tulkintaa ja tiedon muokkaamista. Erilaiset uuslukutaidot ovat lisänneet henkilöiden kykyä hakea, käsitellä ja jakaa tietoa. Tiedon määrän lisääntyminen ja tiedon saannin helppous on lisännyt halua tietoon, vaikka tarve siihen ei olisikaan lisääntynyt samansuuntaisesti. (Tuominen 2006, 144–147.)

3.2 Terveystiedon lukutaito

Medical Library Association (2011) on määritellyt terveystiedon lukutaidon informaatiolukutaidon ja terveyslukutaidon yhdessä muodostamaksi lukutaidoksi. Terveystiedon lukutaitoon kuuluu määritelmän mukaan kyky vastaanottaa, työstää, ymmärtää ja käyttää nimenomaan terveyteen liittyvää informaatiota. Terveystenlukutaito on suppeassa muodossaan kykyä lukea terveysaiheisia esitteitä, artikkeleita ja kykyä esimerkiksi tulkita lääkeinformaatiota. Terveystietolukutaitoisella henkilöllä on kyky huomata tarvitsevansa terveystietoa sekä taito löytää oikeita tietolähteitä. Terveystiedon lukutaitoon liittyy myös kyky arvioida tiedon laatua, analysoida ja käyttää saatua tietoa hyväksi oman terveyden arvioimisessa. Terveystiedon lukutaitoinen henkilö osaa myös tarvittaessa hakeutua relevanttien terveyspalvelujen piiriin.

Laajemmin terveystiedon lukutaitoon sisältyy kognitiivisia ja sosiaalisia taitoja, kuten yksilön kykyä ja motivaatiota hankkia, ymmärtää ja käyttää terveysinformaatiota tavalla, joka edistää ja ylläpitää hänen hyvinvointiaan. Terveystiedon lukutaito riippuu yleisestä lukutaidosta. Heikko lukutaito voi vaikuttaa yksilön terveyteen rajoittamalla henkilökohtaista, sosiaalista ja kulttuurista kehitystä. Hyvä terveystiedon lukutaito korreloi sitä tiedon tasoa, henkilökohtaisia taitoja sekä itseluottamusta mikä yksilöllä on toimiessaan oman terveytensä hyväksi. (Jakola 2003, 121–131.) Hyvä terveystiedon lukutaito luo pohjan ennen kaikkea terveyden edistämistoiminnalle. Tätä lukutaitoa tarvitaan kuitenkin myös yhteiskunnan viestinnän välineiden muuttuessa. Terveysinformaatio voi olla maalilukolle haastavaa tietoa ymmärtää ja sisäistää. (Leskinen & Koskinen 2000, 23–25.)

Terveystiedon lukutaito on elinikäinen kehitysprosessi, joka on osin sidoksissa ympäristöön ja kulttuuriin, jossa yksilö elää. Terveystiedon lukutaidossa, kuten peruslukutaidossakin, tavoitteena on oppia etsimään, hahmottamaan, vertailemaan, analysoimaan ja yhdistämään asiayhteyksiä. Tavoitteena on siten kriittisen tietoisuuden ja ongelmanratkaisukykyjen kehittyminen terveyteen tavalla tai toisella vaikuttavista tekijöistä. Näitä tavoitteita ei tue yksiselitteisesti annettu tieto ja sen pohjalta ohjattu toiminta tai hoito. Yksilön terveystiedon lukutaidon tuoma kyky ajatella kriittisesti vaatii vuoropuhelua asiantuntijoiden kanssa. Aktiivinen toiminta hankitun terveystiedon hyödyntämiseksi vaatii tuekseen ammattilaisen tietoa, kokemusta ja näkemystä. (Leskinen & Koskinen 2000, 23–25.)

Kaavio 2 kuvaa terveyden lukutaidon kolmea progressiivisesti toisistaan riippuvaista tasoa.

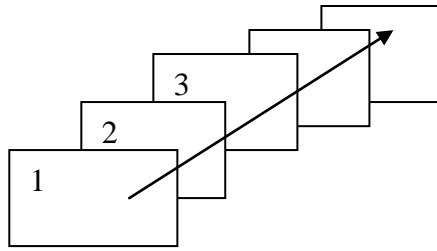
Terveyden lukutaidon tasot	
1.	Toiminnallinen terveyden lukutaso (peruslukutaito) – vuorovaikutustapahtuman aloitus, informaation käsittely
2.	Vuorovaikutuksellinen terveyden lukutaito – kykyjen ja taitojen kehittyminen henkilökohtaisella tasolla
3.	Kriittinen terveyden lukutaito – yksilön täysvaltaistuminen

Kuvio 2. Terveyden lukutaidon tasot (mukailten Leskinen & Koskinen 2000, 25).

Stefan Ekin ja Raimo Niemelän (2010, 6) mukaan kansalaisten terveydenlukutaidolla on oleellinen rooli Internetin terveystiedon käytettävyydessä. Oulun yliopiston informaatiotutkimuslaitoksen tekemän tutkimuksen mukaan jopa kolmannes suomalaisista aikuisista ei osaa arvioida Internetin terveystiedon luotettavuutta. Hyvään terveydenlukutaitoon kuuluu oleellisena osana kyky arvioida tietosisällön luotettavuutta. Tutkimuksensa yhtenä johtopäätöksenä Ek ja Niemelä (mt.) toteavat, että tiedon luotettavuuden arvioinnin taitojen omaksumiseen tulisi kiinnittää huomiota, jotta kansalaisten, varsinkin matalasti koulutettujen, terveydenlukutaito kehittyisi Internetin terveystiedon vaatimalle tasolle.

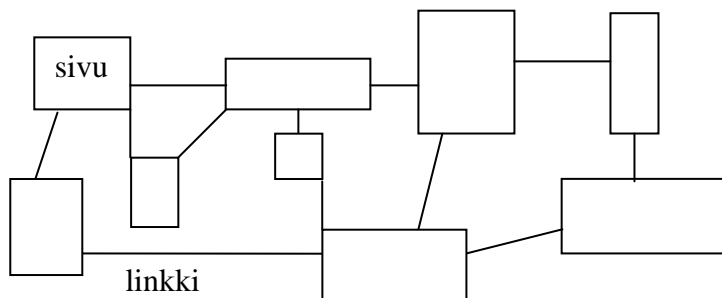
3.3 Verkkoteksti

Verkkoteksti on dokumentti, joka rakentuu tekstin varaan. Tämä dokumentti eroaa paperitekstistä siinä, että se on tarkoitus lukea ruudulta. Lisäksi paperitekstiä luetaan järjestyksessä riviltä toiselle ja sivulta seuraavalle. Tekstin luonteeseen kuuluu, että se on kaikille sama, vaikka tulkinta tai arvottaminen vaihtelee. Verkkotekstiä ei välttämättä tarvitse lukea sivuttain ja riveittäin, vaan lähes joka sivulta tai riviltä voi siirtyä useille muille sivuille ja riveille. Verkkoteksti siis muuntuu lukijan mukaan jokaisen omaksi versioksi. Paperitekstin voi tulkita suoraviivaiseksi ja verkkotekstin vähintäänkin kaksiulotteiseksi. Lukemisen kannalta on ratkaisevaa, mihin linkkiin kiinnostuksensa, tarpeensa tai ehkä pelkän päänäpistonsä perusteella tarttuu. (Alasilta 2000, 15–16.) Kaavio 3 kuvaa paperitekstin suoraviivaisuutta.



Kuvio 3. Paperitekstin suoraviivaisuus. (Alasilta 1998, 15)

Verkon kirjoitusta kutsutaan hypertekstiksi. Sen idea on tekstin sisältämissä linkeissä, jotka johdattavat lukijan uuteen kohtaan tekstin sisällä. Hyperteksti on tyypillinen tietokoneajan tuote, koska sen toteuttamiseen tarvitaan kone. Vaikka ajatuksena hyperteksti on hyvä, aiheuttaa se helposti esteitä ymmärtämiselle ja oppimiselle. Linkeistä tulee helposti itsetarkoitus ja niitä seuraillessa alkuperäinen asia unohtuu. Jatkuva mahdollisuus siirtyä kiinnostavan aiheen perässä eteenpäin vähentää halua lukea sivua loppuun asti. Hypertekstillä voi tuottaa rajattoman määrän tietoa. Toisin kuin painetuissa kirjoissa, ei Internetissä tarvitse rajoittaa sivumääriä painoteknisistä syistä. (Järvinen 1996, 68–71.) Kaavio 4 kuvaa verkkotekstin moniulotteisuutta.



Kuvio 4. Verkkotekstin moniulotteisuus (Alasilta 1998, 16.)

Verkkotekstissä on usein hyödynnetty hypermedian mahdollisuuksia, ääntä ja kuvaa (Alasilta 1998, 12–18). Asiaa äänellä ja kuvalla tehostettaessa dokumentti hahmottuu paremmin lukijalle ja helpottaa asian ymmärtämistä. Sähköisen median vahvuus on juuri multimedian käytössä. (Järvinen 1996, 70–71.) Äänen, kuvan ja liikkeen havainnointi ja tulkinta vastaavat samaa kuin mihin olemme henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa tottuneet. Ilmeet, eleet, ympäristö ja muut tehosteet vahvistavat sanomaa ja parantavat viestinnän tehokkuutta. Selvittämättä on, mikä on sanojen ja sanattoman viestinnän painoarvo verkkosisällössä. (Alasilta 2000, 44.)

3.4 Verkkolukutaito

Jokaisella henkilöllä on oma lukemisen tapansa, joka vaihtelee kiinnostuksen ja vireystilan mukaan. Erot liittyvät ainakin neljään seikkaan: lukemisen yhtäjaksoisuuteen, ymmärtämiseen, mieleen painamiseen ja palauttamiseen sekä etsityn tiedon löytämiseen. Mieleen painaminen ja palauttaminen ovat tutkimusten mukaan olennaisesti vaikeampaa ruudulta luettaessa. Myös aiemmin luetun löytäminen tekstistä on ruudulla hankalampaa kuin paperilla. (Alasilta 1998, 43.) Perinteinen lukutaito ei kuitenkaan nykyään enää riitä. Puhutaan medialukutaidon ja kuvanlukutaidon tarpeesta. Verkkolukutaito liittyy informaatiolukutaitoon. Siinä on tärkeää muun muassa oman tiedon tarpeen täsmen-täminen, taito löytää käyttökelpoinen aineisto sekä taito hyödyntää erilaisia tietoresursseja. Informaatiolukutaito on kykyä tulkita ja seuloa kaikkialta tulvivaa informaatiota. (Asikainen & Hemming 2005, 59–60.)

Tietoverkot eivät sovi välttämättä tietämyksen lisäämiseen, koska kuvaruudulta lukeminen on teknisistä syistä vaikeaa. Ruudulle mahtuu kerralla pienempi määrä tekstiä kuin painettuun kirjaan. Siksi Internetissä käytetään usein lyhyitä lauseita ja teksti jaetaan muutaman kappaleen pituisiksi kokonaisuuksiksi. Lyhyet lauseet ja kappaleet vaikeuttavat lukemista sekä kokonaisuuden hahmotamista. (Järvinen 1996, 70.) Verkosta tehokkaasti tietoa löytävän ja verkkotekstiä sujuvasti lukevan henkilön on hallittava sekä suoraviivainen riviltä riville lukeminen että vaihtoehtoinen epälineaarinen luketekniikka. Olennaista on pystyä muuttamaan lukemisen tapaa tekstin ja tilanteen mukaan. (Alasilta 2000, 40–71.)

Tietoa etsiessä tulee muistaa, että kaikella tiedolla on oma viitekehysensä. Tämän viitekehysten tunteminen on tärkeää yritettäessä ymmärtää tiedon takana olevia oletuksia. Viitekehys sisältää myös merkityksen tiedon arvosta ja seuraamukset tiedon olemassaolosta. Ei siis riitä, että osaa etsiä tietoa. Etsijän on kyettävä liittämään löytämänsä tieto johonkin jo ennestään tietämäänsä sekä kyettävä lukemaan tietoa suhteessa muuhun tietoon. Internetissä on paljon tietoa, mutta siitä ei ole hyötyä, ellei osaa etsiä juuri tarvitsemaansa tietoa. Voidaankin sanoa, että on tiedettävä varsin paljon osatakseen tuloksetta hankkia tietoa. Lisäksi tarvitaan paljon perustietoa tiedon kriittiseen arviointiin ja seulotun tiedon hyödyntämiseen. (Koskela, Koskinen & Lankinen 2007, 62–65.)

4 AMMATILAISTEN ARVOVALTA

4.1 Asiantuntijan valta

Kaikissa ammateissa on ominaisuuksia, joista ammattikunnan ulkopuoliset eivät pääse osallisiksi. Ammatti-ihminen tietää alastaan enemmän kuin alan ulkopuoliset henkilöt. Ammatilaisen tieto, kuten esimerkiksi lääkäreiden latina, ei avaudu muille. Ammatilaisen professionaalisuuteen kuuluu lisäksi usein eksperttiedon varjeleminen tietoisesti ulkopuolisilta. (Lapinoja & Heikkinen 2006, 144–146.) Asiantuntijan tehtävänä on määritellä tilanne ja tehdä ehdotuksia. Hänen tulee tietojensa perusteella esittää käsityksensä siitä, mistä jokin asia johtuu ja mitä seurauksia sillä voisi olla. Samoin asiantuntijan tulisi osata tietojensa perusteella kertoa, miten ei-toivotut asiat olisivat vältettävissä. Terveystieteiden asiantuntija joutuu usein puuttumaan hyvinkin kokonaisvaltaisesti ihmisen elämään. Vaarana on tällöin ihmisen joutuminen ulkoapäin määrittelyksi, jolloin asiantuntijan tiedollinen valta saattaa viedä osan ihmisen omasta itsemääräämisoikeudesta, autonomiasta. Asiantuntijan on tiedettävä asiantuntemuksensa rajat. Asiantuntijan ei tule omalla erityisellä arvovallallaan pyrkiä vaikuttamaan sellaisilla alueilla, missä hänellä todellisuudessa ei ole erityistä asiantuntija-asemaa, vaikka hänet mielletäisiinkin sellaiseksi. (Karjalainen, Lindqvist, Saares & Voutilainen 1991, 55–59.)

Ammatteihin liittyy joukko tyypillisiä piirteitä, myös terveydenhuoltoalalla. Ammatilaista luonnehtii tiettyjen taitojen ja tietojen kokonaisuus, jota ilman häntä ei olisi olemassa. Ammatti eroaa työstä siinä, että ammatin myötä muodostuu usein yksilön asema suhteessa muihin ihmisiin. Ammatilla ei ole välttämättä valtaa ja oikeuksia työnsä kautta, vaan nimenomaan ammattinsa kautta. Ammatilainen on ainakin jossain määrin itsenäinen eli autonominen suhteessa yhteiskuntaan ja päätösmekanismiin, sillä hän tekee päätöksiä ja toimii ilman muiden ihmisten päätösten sidonnaisuutta. Ammatilainen käyttää siten tiedollista ja taidollista valtaa. Valta perustuu koulutukseen ja ammattitaitoon, jotka perustuvat teoreettiseen ja metodisesti kehittyneeseen tiedon hankintaan ja välitykseen. Ammattien tiedeperustan kautta hankittu tieto on ammatilaisen etu- ja yksinoikeus. Vallasta seuraa auktoriteettiasema ammatin ulkopuolisiin henkilöihin nähden. Ammatti on siten ammattikunnan osaaminen, asema ja auktoriteetti yhdistettynä. Auktoriteetti edellyttää aina aseman ja työn taidot eli sitä ei voi olla ilman näitä kahta, kun taas esimerkiksi asema edellyttää vain taitoja eikä pelkkä taito edellytä mitään muuta. (Airaksinen 1991, 24–27.)

Ammattilaisella on sellaista erityistä tietoa hallussa, jota muilla henkilöillä ei ole. Tämän omistamansa erityistiedon kautta hänellä on itsenäisyys työssään ja ammatissaan. Erityisosaaminen ja -tieto asettavat ammattilaisen erityisasemaan niihin henkilöihin nähden, joilla ei tätä tietoa ole. Asiantuntijuus antaa työntekijälle auktoriteettiaseman, johon kuuluu luonnollisena osana asiantuntijavallan käyttäminen. Asiantuntijavaltaan liittyy vaaransa, sitä tulee pitää tarkasti silmällä. Mahdollista on, että asiantuntija liioittelee omia tietojaan ja kykyjään vahvistaakseen asemaansa ja saadakseen enemmän valtaa. Esimerkiksi terveydenhuollossa potilaan usko auktoriteettiin horjuu mikäli hänen omat tietonsa tai muilta alan asiantuntijoilta saatu tieto on ristiriidassa keskenään. Ammatin tiedollinen autonomia on suorassa yhteydessä asiantuntijavaltaan. (Airaksinen 1991, 31–35.)

Nupur Tustin (2010, 3-6) on tutkinut potilaiden tekemää Internet -tiedonhakua suhteessa lääkäriltä saamiinsa tietoihin. Tulosten mukaan tietoa hakenut potilas ei kyseenalaista lääkärin tietämystä eikä arvovaltaa mikäli hän on tyytyväinen hoitosuhteeseen. Hyvässä hoitosuhteessa lääkäri on käyttänyt tietojaan ja taitojaan potilaan mielestä ammattitaitoisesti ja Internetistä haettu tieto toimii vastaanotolla saatujen tietojen tukena ja vahvistajana. Toisaalta hoitosuhteeseen tyytymättömille potilaille Internetin tieto oli ensisijainen tiedonlähde ja he luottivat tätä kautta löydettyyn tietoon enemmän kuin lääkärin antamaan tietoon. Tustin on tullut siihen tulokseen, että lääkärin arvostus ja ammatin arvovalta säilyvät potilaan tiedon lisääntyessä silloin, kun lääkäri on antanut riittävästi tietoa ja jakanut osaamisensa potilaan kanssa. Internetin terveystiedon myötä lisääntynyt halukkuus vaihtoehtoihin hoitoihin tai toisen lääkärin mielipiteen hakemiseen on suorassa yhteydessä potilaan tyytyväisyyteen hoitosuhteessa. Ammattilaisen arvovalta horjuu vain silloin, jos vastaanotolla saatu informaatio on niukkaa tai suhtautuminen potilaaseen välinpitämätöntä. (Tustin 2010, 3-8.)

Asiantuntijan roolin vastapuolena on maallikon rooli. Maallikko on riippuvainen asiantuntijan tiedoista. Näin syntyy helposti jopa tiedollinen riippuvuussuhde. Pahimmillaan tämä tarkoittaa asiantuntijuuden armoilla olemista. Maallikko ei välttämättä kykene täysin käsittämään asioita, jotka ovat asiantuntijan tiedossa. Kuitenkin nämä asiat koskettavat olennaisesti häntä itseään. Terveys määritellään hyvin laaja-alaisesti ja epätarkasti. Laaja määrittelytapa lisää terveydenhuollon asiantuntijoiden vaikutusvaltaa ihmisiin ja yhteiskuntaan yleisesti. Tiedollisen autonomian avulla asiantuntija pystyy poikkeuksellisen paljon vaikuttamaan haluamiensa päämäärien toteuttamiseen. (Karljalainen, Lindqvist, Saares & Voutilainen 1991, 55–59.) Toisaalta maallikko voi potilaana olla aktiivisessa roolissa omassa hoitoprosessissaan, koska hän voi saada Internetistä omasta sairaudestaan hyvin syvällistä tietoa. Tämän tiedon kautta potilaalle avautuu väylä lääketieteelliseen tietoon. Poti-

las saattaa tietää omasta sairaudestaan lääkäriä enemmän, eikä näin ollen ole enää täysin riippuvainen lääkäristä. (Sirigatti 2006, xvii.)

Omasta terveydestään kiinnostuneella potilaalla on mahdollisuus etsiä Internetistä lisätietoa sairauteensa, hoitoonsa ja lääkitykseensä. Tietoa löytyy myös viimeisimmistä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä. Potilaalla on näin ollen paremmat mahdollisuudet osallistua hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon kuin ilman Internetistä saatavaa tietoa. Usein kroonista sairautta potevalla henkilöllä voi olla taudistaan jopa paremmat ja laajemmat tiedot kuin hoitavalla lääkärillä. Potilas voi keskittyä hakemaan täsmätietoa omasta sairaudestaan, kun taas lääkärin on hallittava työssään paljon laajempia kokonaisuuksia ja useimpia sairauksia. Terveyskeskustelupalstoilla potilaat voivat kysellä muilta samaa sairautta potevilta tai samanlaisia hoitoa saavilta vahvistusta hakemaansa tietoon sekä vahvistusta lääkärin tekemiin arvioihin ja diagnoosiin. Tällöin Internetin merkitys sosiaalisen tuen tarjoana korostuu terveystiedon hankinnan ohella. (Tuorila 2000.) Lampen (2008, 2081) mukaan lääketiede pohjaa näyttöön perustuvaan tutkimustietoon, eikä lääkärille Internetin keskustelupalstoilta löytyvän yksittäisen, esimerkiksi syövästä selviytyneen, potilaskertomuksen merkitys ole suuri. Sen sijaan samaa tautia sairastavalle potilaalle tällä kertomuksella saattaa olla oleellinen merkitys toivon ylläpitämiseksi.

4.2 Terveystiedon ammattilaisten asenteet ja haasteet

Potilaiden tiedonhakupöytäkirjojen kasvaessa myös hoitohenkilökunta joutuu uusien haasteiden eteen. Pentti Itkonen (2005, 355–356) toteaa informaatioteknologian kehityksen ja sovelluksien muuttavan kansalaisten mahdollisuuksia toimia yhteiskunnassa. Viranomaisien autonomia ja ohjausjärjestelmien mahdollisuudet toimia kansalaisten puolesta vähenevät. Terveystiedon ammattilaisten näkökulmasta tämä tarkoittaa tiedollisen autonomian vähenemistä. Kansalaisilla on aikaisempaa suuremmat mahdollisuudet hakea ja etsiä terveystiedon ja omaan yksittäiseen tilanteeseensa soveltuvaa tietoa Internetistä. Hankittu tieto parantaa mahdollisuuksia luoda omia käsityksiä sairauden tai oireen hoitamisesta. Suurempi tietomäärä mahdollistaa tasavertaisemman keskustelun terveystiedon ammattilaisten kanssa.

Englannissa on lanseerattu termi ”expert patient” (asiantunteva potilas) kuvaamaan potilasta, joka on omatoimisesti hankkinut tietoa esimerkiksi Internetin kautta omasta terveydestään ja sairaudestaan. Tutkimuksen mukaan 58 prosenttia terveystiedon ammattilaisista oli sitä mieltä, että asian-

tuntijapotilaiden lisääntyminen tulee kasvattamaan työtaakkaa. 42 prosenttia terveydenhuollon ammattilaisista oli sitä mieltä, että ilmiö tulee myös nostamaan terveydenhuollon kustannuksia. Asiantuntijapotilaat vievät heidän mielestään enemmän vastaanottoaikaa ja vaativat enemmän kalliimpia hoitoja ja tutkimuksia. Näille kielteisesti ilmiöön suhtautuville ammattilaisille asiantuntevapotilas näyttäytyi jopa vaativana, kohtuuttomana, aikaa vievänä ja kaiken tietävänä potilaana. Sairaanhoidajien suhtautuminen oli tutkimuksessa jonkin verran positiivisempi kuin lääkäreiden. Kaikista ammattilaisista koostuvista vastaajista ainoastaan 12 prosenttia uskoi potilaiden korkean tietämyksen hyödyntävän potilas-ammattilainen suhdetta. (Shaw & Baker 2004, 723–724.)

Lääkäreiden suhtautuminen Internetistä tietoa hakeviin potilaisiin vaihtelee. Myönteisemmin tuntuvat suhtautuvan nuoret lääkärit, koska he ovat itsekin tottuneet hakemaan tietoa Internetin välityksellä. Monet lääkärit eivät koe auktoriteettiasemansa olevan uhattuna, vaikka potilaiden tietomäärä onkin lisääntynyt. Monet päinvastoin suhtautuvat potilaiden tietojen lisääntymiseen haasteena. Potilaan tietomäärän lisääntyminen panee lääkärinkin hakemaan uutta tietoa. Tilanne, jossa potilas tulee vastaanotolle mukanaan esimerkiksi uusin tieteellinen artikkeli jostain sairaudesta, on varsin epä-mukava, mikäli lääkäri ei itse ole kyseiseen artikkeliin tutustunut. Toisaalta nykypäivänä sairauksista ja hoidoista on liikkeellä niin paljon tietoa, ettei kukaan ammattilainen voi hallita tiedon määrää. Internetistä voi löytyä myös tietoa sellaisista hoidoista, joita Suomessa ei vielä ole saatavilla, jolloin auktoriteettiasema ei ole uhattuna. Hoitosuhde tasavertaistuu ja voi jopa parantua. Usean lääkärin mielestä on helpompi keskustella asioista sellaisen potilaan kanssa, jolla on perustietoa itsellään. (Sariola 2002, 2006–2007.)

Hanna Toiviainen (2007, 51–54, 61–63) on tutkinut väitöskirjassaan muun muassa terveydenhuollon ammattilaisten suhtautumista potilaiden omatoimiseen terveystiedon hakuun. Tutkimuksen tulosten mukaan yli puolet päivittäistä potilastyötä tekevistä lääkäreistä raportoi, että vastaanotoilla ovat lisääntyneet sellaiset potilaat, jotka osaavat itse vaatia tiettyjä hoitoja tai tutkimuksia. Tutkimuksessa mukana olleiden lääkäreiden suhtautuminen potilaiden tiedon lisääntymiseen jakaantui kielteisestä myönteiseen ja osin ”ei osaa sanoa” -suhtautumiseen. Kielteisen suhtautumisen syiksi mainittiin potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksen ja vastaanottotilanteen vaikeutuminen sekä roolien muuttuminen. Moni lääkäri haluaisi tehdä hoitopäätökset lääketieteellisin perustein, ei potilaan tahdon mukaisesti. Myönteisesti suhtautuneet pitivät positiivisena asiana potilaan osallistumista hoitoonsa ja kokivat vuorovaikutuksen tätä kautta parantuvan.

Toimittaja Anna-Stina Nykänen (2008) on haastatellut vuoden 2008 lääkäripäivien osallistujia asiantuntijavallan vähentymisestä sekä Internetin lisääntyneen terveystiedon vaikutuksista vastaanotto-työhön. Eräs haastateltavista tiivistää ajatuksensa seuraavasti: ”Lääkäri ei ole enää jumalasta seuraava. Välillä tuntuu, että olen kuin maitokaupan myyjä: ihmiset tietävät, mitä tulevat minulta hakemaan.” Asiantuntija sosiaali- ja terveysministeriöstä kommentoi samaa asiaa potilaan valinnanvapauden, mutta myös oman vastuun lisääntymisen kannalta: ”Voi olla, että lääkärin ja potilaan suhde muuttuu nopeasti ja radikaalisti liiankin tasa-arvoiseksi. Tai jopa niin, että asiakas dominoi ja lääkäri jää altavastajaksi, joka on enää avustaja tai konsultti. Erehtyykö potilas ottamaan vastuuta, jota ei pysty kantamaan?”

Potilaiden muuttunut käyttäytyminen on muuttanut lääkärin työnkuvaa. Nykäsen haastatteleminen lääkäreiden mukaan moni potilas on ennen lääkärin vastaanottoa selvittänyt Internetistä mikä häntä oireiden perusteella vaivaa ja kuinka vaivaa voisi hoitaa. Potilaiden tiedon taso on noussut ja valinnanvapaus lisääntynyt, mutta myös vastuu omasta hoidosta on kasvanut. Joskus potilaan antamat tiedot ovat hyödyllisiä ja niistä saa hyvän suunnan siihen, mihin hoidossa pitäisi kiinnittää huomiota. Toisaalta potilaan omaksuma vääränlainen tieto voi aiheuttaa vastaanottotilanteissa suuriakin ongelmia. Potilaiden lisääntyvä tietomäärä on haaste lääkäreiden asiantuntijuudelle. Parhaiten hoitosuhde toimisi lääkäreiden mukaan silloin kun, potilaalla on paljon tietoa, mutta ei tiukkoja vaatimuksia. Nykänen arvioi, että tietokuilu maallikoiden ja ammattilaisten välillä tulee säilymään, sillä ammattilaisilla on koulutuksensa ja kokemuksen perusteella aina paremmat edellytykset arvioida lääketieteellistä tietoa. (Nykänen mt.)

Potilaiden hankkiessa terveydestään ja sairauksistaan informaatiota tietoverkkojen kautta, yleiset valmiudet kysyä entistä asiallisempia ja kriittisempiä kysymyksiä hoitavalta lääkäriltä lisääntyvät. Pidemmällä aikavälillä Internetin terveystieto saattaa siirtää terveydenhuollon toiminnan vähemmän asiantuntijuusvetoiseksi. Internet terveystiedon lähteenä haastaa perinteisen potilas-lääkärisuhteen lisääntyvällä maallikotietämyksellä. Yhteiskunnallisesti laajemmin ajateltuna potilaan aseman vahvistuminen suhteessa asiantuntijoihin saattaa vahvistaa kansalaisten asemaa muihinkin julkisiin asiantuntijoihin nähden. (Korp 2006, 78–86.) Suomalaisten keskuudessa vuosina 2001–2009 tehty tutkimus ei tue tätä oletusta, vaikka ottaakin huomioon terveystiedon haun asettamat haasteet terveydenhuollon ammattilaisille. Tämän tutkimuksen mukaan merkittävä osa suomalaisesta väestöstä ei hae terveystietoa Internetistä, vaan pitää painettuja lähteitä ja terveydenhuollon asiantuntijoita luotettavimpina tietolähteinä. Yhtenä johtopäätöksenä tutkijat toteavat, ettei Internet ole suomalaisille tärkeä terveystiedon lähde. (Ek & Niemelä 2010, 6.)

Helena Tuorilan (2004, 558–559) mukaan Internetin terveystieto ei uhkaa asiantuntijan arvovaltaa, kuten monesti epäillään. Tietoverkoissa liikkuva tieto on usein sirpaleista, epäluotettavaa ja joskus vanhentunuttakin. Potilaalla ei välttämättä ole taitoa yhdistää tietoa kokonaisuudeksi. Potilaan omalle vastuulle jää, saako hän sairaudestaan tai hoidoistaan riittävästi tietoa. Tieto voi olla riittämätöntä siksi, että potilas ei tiedä, mitä kaikkea tietoa hänen tulisi etsiä. Lääkäreillä on koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella paremmat valmiudet arvioida potilaan tilaa kokonaisuutena. Itse tehdyt diagnoosit eivät yleensä onnistu Internetin terveystiedon varassa tiedon oikeellisuuden epävarmuuden ja tiedon yhdistämisen vaikeuden takia. Potilaan virheellisten tietojen korjaaminen vaatii lääkärin hallitsemaa laajaa asiantuntijuutta. Sen sijaan valmiin diagnoosin jälkeen potilailla on yleensä paremmat mahdollisuudet hakea täsmätietoa. Tosin tiedon käytäntöön soveltaminen vaatii usein terveydenhuollon ammattilaisilla olevaa käytännön kokemuksen kautta opittua kykyä soveltaa tietoa ongelmatilanteisiin.

5 TUTKIMUSMENETELMÄ

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella voidaan syventää tietoa ilmiöistä ja asioista, joista on saatavilla valmista tutkimustietoa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulokset ja suunta hahmottuvat vasta, kun katsauksen avulla saadaan selville, minkälaisia kuvauksia kyseisestä asiasta tutkimuksissa esitetään. (Pekkala 2000, 58–67.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineisto muodostuu pääasiassa aiemmin julkaistusta aineistosta, vaikka joissain tapauksissa mukaan voidaan ottaa myös julkaisemattomia tutkimuksia. Hakuja suoritetaan erilaisista tietokannoista erilaisten hakusanojen yhdisteillä. Aineistoa haetaan myös hankittujen artikkelien lähdeviitteistä. Sähköisen hakemisen lisäksi hakuja tehdään käsin eri julkaisusarjoista. Epätavallisia lähteitä, kuten julkaisemattomia tutkimuksia käytetään vasta viimeisenä mahdollisuutena. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on siten toisen asteen tutkimusta. Tällä tarkoitetaan tutkimusta, joka kohdistuu jo olemassa olevaan tutkimustietoon. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus selvittää, minkälaista tutkimustietoa ilmiöstä on, mistä näkökulmasta sitä on lähestytty ja millä menetelmien ilmiötä on aikaisemmin tutkittu. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 55 Tuomi & Sarajärvi 2003, 112–119.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen käyttö liitetään usein vaikuttavuustutkimuksiin sekä lääketieteellisiin näyttöön perustuviin tutkimuksiin. Perinteinen kirjallisuuskatsaus, jossa järjestelmällisellä tiedonhaulla kartoitetaan ilmiötä, sopii selittäviin ja kuvaileviin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsaus tuottaa tiivistettyä tietoa valitusta aiheesta tai ilmiöstä. Se eroaa systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta siinä, että teoreettinen tai käsitteellinen tausta on tekijän näkökulmasta. Kirjallisuuskatsauksista saavat esimerkiksi tutkijayhteisöt, käytännön työntekijät ja kouluttajat tärkeää tietoa. Katsaus kootaan rajatulta alueelta ja sen on tarkoitus yleensä olla vastaus ennalta asetettuihin kysymyksiin. (Leino-Kilpi 2007, 2Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38.) Kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään nostamaan esille aikaisempien tutkimusten tuottamaa tietoa sekä hyödyntämään aikaisempia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan saada selville aiheesta jo olemassa oleva tutkimustieto, sekä mistä näkökulmista ja miten aihetta on aikaisemmin tutkittu. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46–50.) Tässä työssä pyrin järjestelmällisen tiedonhaun avulla kokoamaan kirjallisuuskatsauksen kartoittaakseni Internetistä löytyvän terveystiedon merkitystä potilaille ja terveydenhuollon ammattilaisille sekä sen mahdollisia vaikutuksia heidän välisensä vuorovaikutussuhteeseen.

Järjestelmällisellä tiedonhaulla hankittua aineistoa voidaan analysoida deduktiivisesti eli teorialähtöisesti tai induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 110–111.) Teorialähtöisen analyysin avuksi laaditaan aiemman tutkimustiedon pohjalta analyysirunko. Analyysirungosta voi-

daan käyttää myös nimikettä luokittelurunko tai tiedonkeruulomake. Runko voi olla tiukasti strukturoitu tai hyvinkin väljä tutkijan valinnan mukaan. Tiukasti strukturoitu runko ohjaa ja sitoo tutkijaa väljää runkoa enemmän. Tiukan rungon avulla kerätään vain sen vaatimat asiat. Induktiiviselle käsittelylle ei näin jää tilaa. Tiukan rungon laatiminen vaatii tutkijalta tarkkaa harkintaa, koska aineistosta löydettyt asiat ja ilmiöt ohjaavat tutkimuksen suunnan. Ainoastaan väljemmin rakennettu runko antaa mahdollisuuden huomioida aineistosta asioita ja ilmiöitä jotka tiukan rungon ohjaamina jäävät ulkopuolelle. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 110–111 Koivisto & Haverinen 2006, 108–124.)

Tutkimusta varten laadin analyysirungon. Runko perustui asettamiini tutkimuskysymyksiin sekä tutkimuskysymysten avulla tavoiteltuun lopputulokseen. Rungon tarkoituksena oli auttaa löytämään artikkeleista sellaista ilmiötä koskevaa tietoa, joka nivoutuu yhteen kirjallisuuskatsauksen avulla laatimaani tutkimuksen teoriaosuuteen. Runko muodostuu seitsemästä kohdasta, jotka on selostettu alla.

1. Tiedonhankkijan näkökulman analysointi

Mitkä ovat syyt joiden takia potilas hakee Internetistä tietoa terveydestään tai sairauksistaan? Minkälaista tietoa haetaan? Kuinka paljon tietoon luotetaan? Ymmärtääkö ja sisäistääkö tiedon hankkija mielestään Internetin terveystiedon oikein? Missä tilanteessa tietoa käytetään?

2. Terveydenhuollon ammattilaisen näkökulman analysointi

Kuinka ammattilainen suhtautuu Internetistä hankittuun terveystietoon ja sen luotettavuuteen?

3. Tiedon hankinnan merkitys tiedon hakijalle

Käyttääkö tiedon hankkija tietoansa vastaanotolla? Haetaanko tietoa ennen vai jälkeen vastaanoton?

4. Hankitun tiedon käytön merkitys ammattilaiselle

Käyttääkö ammattilainen potilaan tietoa hyväkseen vai ohittaako hän sen?

5. Tiedon omaksumisen helppous/vaikeus tiedon hankkijalle

Minkälaisia vaikeuksia tiedon hankkija on kohdannut terveystieteellisen/lääketieteellisen tiedon omaksumisessa? Minkälaisia ongelmia tiedon hankkija tuo esiin Internetin verkkosivustojen käytössä tai verkkotekstin lukemisessa.

6. Ammatilaisen näkemys tiedon omaksumisesta

Miten ammattilainen kokee potilaan sisäistäneen tai ymmärtäneen hankitun tiedon? Kokeeko ammattilainen hankitun tiedon kilpailevan hänen ammatinsa ja koulutuksensa kautta hankitun tiedon kanssa?

7. Vuorovaikutussuhteen muutokset

Onko vuorovaikutus suhde muuttunut? Kuinka se on muuttunut tiedonhankkijan näkökulmasta ja ammattilaisen näkökulmasta?

Aineiston analyysin toteutin analyysirungon avulla. Työn aloitin lukemalla tutkimusaineistoni useaan kertaan läpi. Ensimmäisillä lukukerroilla poimin aineistosta suurempia kokonaisuuksia ja lähinnä opettelin ottamaan aineiston sisällön haltuuni. Useamman lukukerran jälkeen luokittelin aineistoa vähitellen pienempiin osiin. Analyysirungon otsikkotason asiat löytyivät aineistosta helposti. Tosin analyysirungon ajatukset olivat olleet mielessäni jo hakuja tehdessäni. Tämä varmasti oli ohjannut hakemaan artikkeleita, joiden sisältö vastasi rungon kysymyksiin melko helposti. Vaikeampi oli analysoida tutkimuksien tuloksia. Aineiston artikkeleita oli luettava useampaan otteeseen ennen kuin tuloksista sai synteetisomaisen käsityksen. Tuloksissa ja johtopäätöksissä pitäydyin analyysirunkoon kirjaamissani kriteereissä, enkä tutkimusta tehdessäni tuntenut tarvetta muuttaa niitä.

6 TUTKIMUSAINEISTON HANKINTA

6.1 Hakustrategia

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut artikkelit ja julkaisut hain sähköisenä hakuna Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen kirjaston käyttäjänä eri tietokannoista kevään 2011 aikana usealla eri hakusanalla ja hakusanojen yhdisteellä. Lisäksi tein hakuja Google Scholar -tietokannasta tarkennetulla haulla (hakusanat, julkaisuvuosi, julkaisija). Ensimmäiset haut tein hakusanoilla: Internetin terveystieto, Internet AND terveydenhuolto, Nursing Informatics, Nursing Informatics AND e-health. Hakutulokset yksittäisillä hakusanoilla olivat satojen artikkelien luokkaa. Hakujen rajaaminen AND ja/tai OR sanoilla rajasi määrän hallittavissa olevaan kymmeneen hakutulokseen. Tietokannat joihin haut kohdistin olivat Pub Med: lääke- ja terveystieteiden kansainvälinen kirjallisuusviitekanta, China: hoitotieteiden ja hoitotyön kansainvälinen viitekanta ja DOAJ Directory of Open Access Journals: Lundin yliopiston kirjaston ja Alankomaiden kansalliskirjaston yhteinen monitieteellinen lehtiarkisto. Kuviossa 5 on kuvattu esimerkkejä hakuhistoriasta ajalla 12.2.2011–5.5.2011 kansainvälisistä tietokannoista.

Haku "**Sanahaku=(internet) Ja Sanahaku=(health information)**" aineistosta "**Kansainvälisiä julkaisuja**"

Tietokannan nimi	Tila	Löytyi	Noudettu
DOAJ Directory of Open Access Journals	VALMIS	124	30
IngentaConnect	VALMIS	1087	30
PubMed	VALMIS	9569	30
SCIRUS	VALMIS	4815843	30

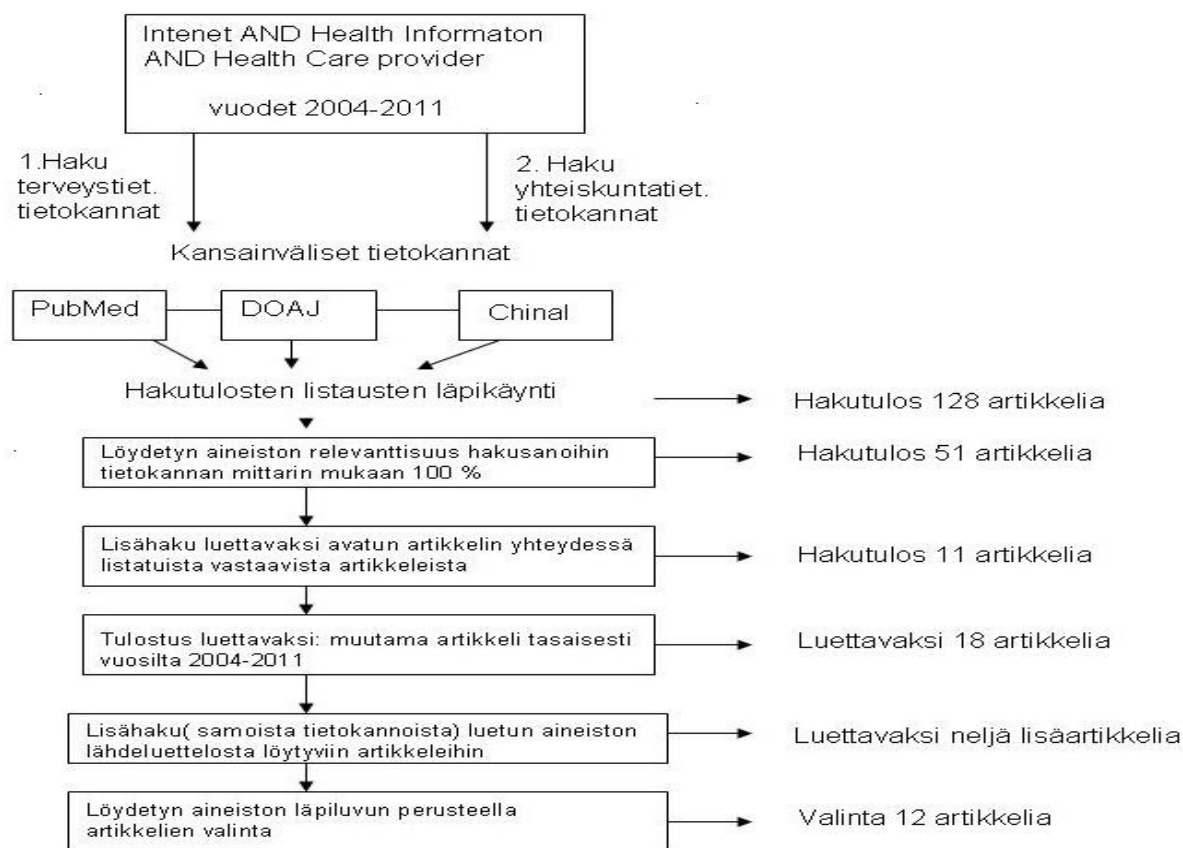
Haku "**Sanahaku=(internet) Ja (health information) Ja (Health Care provider)**" aineistosta "**Kansainvälisiä julkaisuja**"

Tietokannan nimi	Tila	Löytyi	Noudettu
DOAJ Directory of Open Access Journals	VALMIS	4	4
IngentaConnect	VALMIS	54	30
PubMed	VALMIS	326	30
SCIRUS	VALMIS	718622	30

Kuvio 5. Hakuhistoria

Tietohakuni eteni seuraavasti: tietokantahaku hakusanoilla→hakutuloksista valitun artikkelin avaamisen yhteydessä tietokannan suosittaman vastaavan sisällön artikkelin haku →lisähaku luetun artikkelin avainsanojen perusteella→luetun artikkelin lähdeluettelon sisältämän artikkelin haku.

Silmäilemällä hakutuloksia hain niistä avainsanoja tarkempien hakujen kohdistamiseksi. Tällaisia avainsanoja uusiin hakuihin olivat: Web AND health behavior OR health support, Health information on the Internet, Web AND Nursing Informatics AND Health information, Internet AND Health Care provider AND health information seekers ja Internet AND terveystiet. ja Internet AND terveys AND terveydenhuollon ammattilainen. Hakusanoilla tein hakuja sekä kotimaisiin että kansainvälisiin julkaisuihin. Tähän tutkimukseen relevantteja julkaisuja löytyi Pub Med- ja DOAJ -tietokannoista. Kotimaisista tietokannoista kotimaisia julkaisuja löytyi ainoastaan muutama, kun taas kansainvälisiä julkaisuja löytyi samoilla hakusanoilla moninkertaisesti. Tutkimusaineiston ainoa suomenkielinen julkaisu löytyi Googlen Scholar -kannasta hakusanoilla *Internet JA Terveystieto*. Lopulliset artikkelit löytyivät hakusanoilla *Internet AND Health information AND Health Care provider*. Alla olevassa kaaviossa 6 on kuvattu hakustrategiani eteneminen lopullisiksi valikoituneilla hakusanoilla.

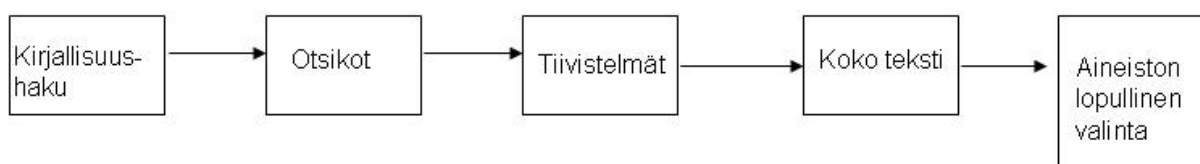


Kuvio 6. Hakustrategia

Tutkimusaineistostani kuusi artikkeliä löytyi suoraan tietokantahakuna, neljä tietokantojen tarjoamista hakuja vastaavien tulosten listauksista ja kaksi luettujen artikkeleiden lähdeluettelon perusteella.

Tutkimuksen luotettavuus ja sen johtopäätösten siirrettävyys on riippuvainen mukaan otetun aineiston laadusta. Aineiston laadun määrittäminen ja arviointi on vaikeaa pelkän lukemisen perusteella. Tutkimuksen laadun varmistamiseksi on hyvä laatia erillinen mittari, jonka avulla validoidaan mukaan tuleva aineisto. (Teikari & Roine 2007, 127; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227–228.) Hakujen avulla löytyneiden viitteiden otsikoiden perusteella luin artikkelien tiivistelmät. Mikäli tiivistelmästä löytyi maininta kaikista seuraavista: Internetin terveystieto, terveydenhuollon ammattilaisen ja/tai potilaan suhtautuminen löydettyyn tietoon, sekä löydetyn tiedon merkitys potilasammattilainen vuorovaikutuksessa, luin artikkelit kokonaisuudessaan. Lukemisen perusteella joko hylkäsin tai hyväksyin artikkelin laatimani mittarin kriteerien mukaan (liite1). Mittarin laadinnassa käytin apuna Kontio & Johanssonin (2007, 101–108) ohjeistusta laatumittareiden laadinnasta.

Kaavio 7 on yksinkertaistettu kulkukaavio lopullisen aineiston valinnasta. Jokaiseen kohtaan sisältyi löydetyn aineiston hylkäys- tai hyväksymispäätös.



Kuvio 7. Aineiston valinta

6.2 Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Jotta otin julkaisun mukaan katsaukseen, tuli sen olla julkaistu vuonna 2004 tai sen jälkeen. Vuosi 2004 muodostui rajaksi ensimmäisten hakujen jälkeen, tarkastelemalla löydettyjen julkaisujen lähdeluetteloita. Vuoden 2004 julkaisuissa näytti olevan suurelta osin lähdekirjallisuus alkaen vuodelta 2001. Tämä ajanjakso tuntui kattavalta, koska kyseessä on uusi yhteiskunnallinen ilmiö, jonka yleisyys on vasta viimeisen kymmenen vuoden aikana kehittynyt nykyisiin mittoihinsa (kts. Ek & Niemelä 2010, 1-3). Näin sain mukaan aineistoa ilmiön alkuvuosista aina tähän päivään asti. Toisena kriteerinä oli, että artikkeli on julkaistu tieteellisessä julkaisussa tai se on vähintään väitöskirjatasoinen tutkimus, tai se on julkaistu teoksena jonka tekijät ovat alansa asiantuntijoita, esimerkiksi tutkijoita. Julkaisun tuli olla alkuperäinen tutkimus, ei toisen kirjoittajan yhteenveto tehdystä tutkimuk-

sesta. Lisäksi sisäänottokriteerinä toimi julkaisun vapaa tavoitettavuus koko versiona, joko sähköisenä versiona kirjastojen tietokannoista, lainattavissa olevana teoksena kirjastoista tai teoksen hankintamahdollisuus kirjakaupoista.

Lopullisena sisäänottokriteerinä toimi artikkelin lähestymisnäkökulma. Edellytyksenä oli, että näkökulma oli tuotu selvästi esiin artikkelin johdannossa tai tutkimuksen perusteluissa. Artikkelin tuli sisältää selkeää tutkimustietoa terveydenhuollon ammattilaisen ja/tai potilaan näkökulmasta sekä Internetin terveystiedon vaikutuksista vastaanottotilanteeseen. Lisäksi artikkelissa tuli olla tuloksia siitä mitkä seikat mahdollisesti vaikuttivat vuorovaikutustilanteeseen, kuten esimerkiksi potilaan vaikeus ymmärtää terveysaiheista tekstiä, verkkotekstin lukemisen vaikeus tai tiedon vähäinen luotettavuus. Lisäksi artikkeleiden tuli täyttää laatimani laatumittariston kaikki kohdat.

Poissulkukriteereinä toimi julkaisuvuosi 2003 tai vanhempi. Pois jäivät artikkelit, joissa käsiteltiin aihetta tiedon hakijan näkökulmasta eli julkaisut, joissa oli tutkittu ainoastaan käyttäjien kokemuksia terveystiedon hausta Internetistä, ilman yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen. Suljin pois julkaisut, jotka painoutuivat terveydenhuollon sähköisten palvelujen käyttöön tai käytettävyyteen. Lisäksi suljin pois julkaisut, joissa ainoastaan referoitiin alkuperäisiä tutkimuksia, eikä niistä tehty tulkintoja tai tuotu uusia näkökulmia esiin. Google Scholar -hauissa suljettiin pois ne julkaisut, jotka löytyivät sivustoilta, joiden päivytyspäivämäärää ei ollut näkyvillä tai se oli vuosi 2009 tai vanhempi.

Suurin osa artikkeleista karsiutui pois sen takia, ettei niissä tuotu esiin perustellusti niitä seikkoja, jotka aiheuttivat artikkelin kuvaamat ongelmatilanteet tai myönteiset tuntemukset vastaanottotilanteissa. Osa karsiutui pois, koska artikkelista ei ollut saatavilla koko versiota sähköisessä muodossa, eikä kirjastoista löytynyt lainattavaksi julkaisua, jossa artikkeli oli julkaistu. Laatumittarini toimi myös tehokkaana karsijana. Useimmiten täyttymättä jäivät mittarin vaatima kirjallisuuskatsaus, vaikka lyhytkin katsaus johdannossa olisi riittänyt. Monessa löydettyssä artikkelissa aineiston käsittely- ja analyysiosa puuttui tai oli hyvin niukasti kuvattu. Liitteenä 2 on aineistoluettelo aakkosjärjestyksessä.

6.3 Tutkimuksen lopullinen aineisto

Asettamani tutkimuskysymykset terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välisestä mahdollisesti muuttuneesta vuorovaikutussuhteesta ohjasivat artikkelien lopullista valintaa. Aloitin löytämieni artikkelien luvun etsimällä artikkelista maininnan siitä, mistä näkökulmasta aihetta on lähestytty. Halusin saada mukaan eri näkökulmista tehtyjä tutkimuksia. Mukaan valitsin kolmesta eri näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia. Ensimmäinen ryhmä on tiedonhakijan eli potilaan näkökulmasta ilmiötä tutkivat julkaisut. Tässä ryhmässä julkaisuja on viisi kappaletta (McMullan 2005; Sabeel ym. 2007; Bylund ym. 2007; Imes ym. 2008; Russ ym. 2011). Toinen ryhmä on ammattilaisen näkökulmasta ilmiötä tarkastelevat neljä artikkelia (Malone ym. 2004; Wald ym. 2007; Dilliway ym. 2008; Ahluwalia ym. 2010). Potilas-ammattilainen -vuorovaikutusta tutkivat kaksi julkaisua kuuluvat kolmanteen, vuorovaikutusta kartoittavaan, ryhmään (Hart ym. 2004; Dedding ym. 2011). Merja Draken (2009) väitöskirjassa on tutkittu ilmiötä sekä potilaan että ammattilaisen näkökulmasta. Jatkossa käsittelen näitä erillisinä tuloksina merkinnöillä Drake 2009a (tiedon hankkija) ja Drake 2009b (terveydenhuollon ammattilainen).

Kriteerit täyttäviä artikkeleita löytyi haussa useita kymmeniä (kts. hakuhistoria). Tutkimukseen valikoitui mukaan 12 artikkelia. Tämä määrä riitti mielestäni vastaamaan tutkimuskysymyksiin ja oli määrältään hallittavissani. Muiden luettujen artikkeleiden sisältö toisti jo valittujen artikkeleiden sisältöä ja tutkimustuloksia niin samansuuntaisesti, ettei niiden mukaan ottaminen olisi nostanut tutkimukseni arvoa sisällöllisesti. Kaikki artikkelit löytyivät hakustrategiassa kuvattujen tietokantojen avulla. Aineistosta 11 julkaisua on tieteellisiä artikkeleita ja yksi, ainoa kotimainen julkaisu, on väitöskirja. Kansainväliset artikkelit on julkaistu vuosina 2004–2011. Kotimainen väitöskirja on vuodelta 2009. Aineistoa valitessani käytin kriteerinä asettamaani kymmenen vuoden aikarajaa. Halusin saada tutkimuksen kattamaan tasaisesti koko ajanjakson, jotta saisin kartoitettua kuinka tutkimani ilmiö on mahdollisesti kehittynyt vuosien aikana. Kuviossa 8 on kuvattu artikkelien määrän jakautuminen julkaisuvuoden mukaan.

vuosi	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011
määrä	2	1	3	2	1	1	2

Kuvio 8. Artikkeleiden julkaisuvuodet

Julkaisuista kaksi on yhden tutkijan tutkimuksia. Loput kymmenen artikkelia ovat tutkijaryhmien julkaisuja. Tutkimukset on toteutettu erilaisin metodein. Kolme tutkimusta on kirjallisuuskatsauksia, kuusi on kyselytutkimuksia ja kaksi haastattelututkimuksia. Yhdessä on metodina käytetty sekä haastatteluja että kirjallisuuskatsausta. Kolme kyselytutkimuksista on tehty saman aineiston perusteella eri näkökulmasta ilmiötä tutkien. Tutkimusaineiston artikkelit on kaikki julkaistu alkuperäiskielisinä, 11 artikkelia englannin kielellä ja yksi suomen kielellä. Aineiston artikkeleiden tutkimuksista yksi on tehty Suomessa, yksi Israelissa, viisi Englannissa ja viisi Yhdysvalloissa.

Helpottaakseni aineiston käsittelyä ja analysointia taulukoin mukaan valitut artikkelit liitteen 3 mukaisesti. Taulukon tarkoitus on myös auttaa tutkimukseni lukijaa hahmottamaan aineiston keskeisimmät asiat. Järjestin artikkelit taulukkoon julkaisuvuoden mukaan vanhimmasta tuoreimpaan, koska näin pystyin analyysivaiheessa etsimään tuloksia keskittyen ilmiön mahdolliseen kehittymiseen vuosien kuluessa. Julkaisun tekijänimien avulla varmistin artikkelien kirjoittajien taustoja hakemalla Internetistä nimihauulla lisätietoa julkaisijoiden asemasta tiedeyhteisöissään. Nimillä hain myös mahdollisia lisäjulkaisuja. Tätä kanavaa käyttäen en kuitenkaan löytänyt mukaan lisäartikkeleita. Artikkelien tutkittavien lukumäärä tuntui tärkeältä hahmottaessani artikkelien tutkimustulosten yleistettävyyttä. Lisäksi kuvasin artikkelien sisältöä lyhyesti helpottamaan tiedon keräämistä tutkimustuloksia kootessani. Näin vältyin artikkelien jatkuvalta läpiluvulta, kun minun ei tarvinnut muistaa ulkoa minkä sisältöinen mikäkin artikkeli oli. Etsin artikkeleista tiedon kirjoittajan edustamasta tieteenalasta ja luokittelin artikkelien tieteenalat sillä perusteella. Tutkimuksien tutkimusmenetodien listauksen avulla varmistin sen, että olin valinnut mukaan usealla eri metodilla kerättyä aineistoa, koska katsoin tämän lisäävän tutkimukseni luotettavuutta.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Katsauksen kohteena olevat artikkelit käsittelivät ilmiötä sekä tiedonhakijan, terveydenhuollon ammattilaisen, että näiden kahden välisen vuorovaikutussuhteen kautta. Useissa artikkeleissa oli tutkimustuloksia kaikista näistä kolmesta osa-alueesta. Näkökulma ohjasi vain viitteellisesti tulosten kokoamista. Tuloksia löytyi analyysirungon useaan kohtaan monesta artikkelista, riippumatta artikkelissa ilmoitetusta näkökulmasta.

Tiedonhakijan tai potilaan näkökulma

Tiedonhakijan näkökulmasta terveystieto on hyvin laaja käsite. Terveystieto merkitsee potilaalle yleensä kokemuserustaista terveyteen ja sairauteen liittyvää arkipäivän elämää lähellä olevaa tietoa. Useimmille potilaille tuottaa vaikeuksia määrittellä tarkkaan käsitettä terveystieto, siksi terveystieto käsitteenä voi merkitä eri ihmisille hyvin erilaisia asioita. (Drake 2009a.) Internetistä saatu terveystieto on sidoksissa tietoa hakeneen henkilön tapaan mallintaa käsite sairaus itselleen. Käsitteen määrittely on sidoksissa kulttuurisiin taustoihin, keskusteluihin lähimmäisten kanssa, elämänkokemukseen sekä aikaisempaan tiedon hankintaan esimerkiksi kirjoista. (Wald ym. 2007.)

Internetistä terveystietoa hakevat useimmiten valkoihoiset, korkeasti koulutetut, keskiluokkaiset naiset. He myös useimmiten keskustelevat löytämästään tiedosta lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolla. Miehet ja yli 65-vuotiaat molemmissa sukupuolissa hakivat Internetistä tietoa kaikkein vähiten. (Bylund ym. 2007; Wald ym. 2007; Russ ym. 2011.) Tiedosta vastaanotolla keskustelua välttivät alempiin sosiaaliluokkiin kuuluvat, vähemmän koulutetut ja näin heikommat tiedon omaksumistaidot omaavat henkilöt, vaikka he olivat hankkineet tietoa omatoimisesti ennen vastaanottoa. Terveystietoa haettiin itse tehtyihin diagnooseihin tai valmiiksi mietittyihin hoitomenetelmiin selvästi vähemmän kuin vastaanoton jälkeen tietojen tarkistamiseen tai täydentämiseen. (Malone ym. 2004.) Internetin terveystiedon hakemisen tarve jakautuu kolmeen kategoriaan: ongelmalähtöiseen, itsehoidolliseen ja tunneperäiseen tiedonhakuun. Harvemmin haetaan terveystietoa yleisesti sairauksista tai niiden hoitomuodoista. (Drake 2009a ja 2009b.)

Terveystiedon hakemisen käynnistää yleensä jokin oma tai läheisen terveydentilan ongelma. Tietoa haetaan täsmällisesti tähän kyseiseen ongelmaan. Tiedonhaun tarpeen takana voi olla myös jokin jo todettuun sairauteen liittyvä uusi oire. Tietoa haetaan erilaisiin omiin tai läheisen vaivoihin tai oireisiin. Tämä itsehoitoon liittyvä tiedonhaku voi johtaa joko yhteydenottoon terveydenhuollon ammat-

tilaiseen tai löydetty tieto auttaa selviytymään tilanteesta itsenäisesti. Moni tiedonhakija raportoi saaneensa Internetistä niin suuren avun, ettei vastaanottokäynnille ollut tarvetta. Myös jokin erikoinen oire, muualta kuultu tieto tai yleinen huolestuminen omasta terveydentilasta voi johtaa tunneperäiseen tiedon hakuun mielialaa rauhoittamaan. (Wald ym. 2007; Drake 2009a.)

Terveydenhuollon ammattilaisen näkökulma

Internetistä löydetyn terveystiedon käsite on selkeämpi terveydenhuollon ammattilaiselle kuin potilaalle. Ammattilaiset, kuten lääkärit, käsittävät terveystiedon tutkittuna lääketieteellisenä tietona. Lääkäreiden mielestä terveystieto on aina terveydenhuollon ammattilaisen tuottamaa. (Drake 2009b; Bylund ym. 2007.)

Ammattilaiset uskoivat, että Internetin terveystietoa hakevat lähinnä nuoret ja koulutetut henkilöt. Tietoa haettiin heidän mukaansa pääasiassa liittyen jo tehtyihin diagnooseihin, jotka koskevat esimerkiksi kroonisia sairauksia ja vakavia sairauksia. (Drake 2009b.) Internetistä löytyvä terveystieto koettiin ammattilaisten keskuudessa mahdollisuudeksi kehittää potilassuhdetta, mutta myös uhaksi oman ammatin tiedollisen arvovallan menettämiselle (McMullan 2005). Terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta Internetin terveystiedolla on enemmän merkitystä potilaalle hänen käsitellessään omaa terveyttään tai sairauksiaan. Lääkärin päätöksenteolle diagnoosin tai valittujen hoitomuotojen suhteen ei tiedolla ole suurta merkitystä. (Sabee ym. 2007.)

Tiedon hankinnan merkitys tiedon hakijalle

Terveystietoa Internetistä haettiin pääasiassa vahvistamaan jo saatua diagnoosia, täydentämään saatuja hoito-ohjeita tai varmistamaan hoitomenetelmien mahdollisuuksia. Potilaat hakivat tietoa ”täsmähauilla” liittyen diagnoosiin, määrättyihin tutkimuksiin ja lääkkeisiin sekä valittuihin hoitomenetelmiin. (McMullan 2005; Bylund ym. 2007; Drake 2009a.) Varsinkin naiset hakivat kyseisiä tietoja, ei vain omien sairauksiensa, vaan myös läheistensä sairauksiin liittyen. Tietoa käytettiin vastaanotolla keskusteluissa hoitomenetelmien valinnoista ja tarvittavien tutkimusten määrästä. Tietoa haettiin enemmän ja sen merkitys kasvoi, mikäli potilas oli ollut tyytymätön saamaansa kohteluun vastaanotolla tai potilas-ammattilainen suhde oli potilaan mielestä epätydyttävä. (Imes ym. 2008.) Internetin tiedon merkitys kasvoi sitä suuremmaksi mitä arkaluonteisemmasta tiedosta oli kyse. Monella potilaalla on vaikeuksia keskustella henkilökohtaisista, arkaluonteisista, esimerkiksi seksu-

aalisuteensa liittyvistä, asioista edes terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Internetistä tietoa saa anonyymisti, jolloin tietoa uskalletaan rohkeammin hakea. (Wald ym. 2007; Dedding ym. 2011.)

Monilla tiedonhakijoilla oli vaikeuksia erottaa, mikä löytyneestä tiedosta oli luotettavaa ja mikä ei? Mikäli löydettyyn tietoon ei pystynyt varmuudella luottamaan, se menetti suuren osan merkityksensä, eikä tiedon hakija esimerkiksi keskustellut vastaanotolla siitä lainkaan. Epäluotettavaa tietoa kuvattiin lauseilla: ”tieto ei näyttänyt realistiselta.” tai ”tieto löytyi epäluotettavilta sivuilta.” (Imes ym. 2008.) Internetistä löytnyt tieto saattoi olla niin epäluotettavaa ja harhaanjohtavaa, että se johti turhiin vastaanottokäynteihin (Wald ym. 2007).

Tutkimustuloksien mukaan Internetin terveystietoa hakevat eniten ja pystyvät parhaiten hyödyntämään korkeammin koulutetut, keskiluokkaiset naiset. Tämän ryhmän ulkopuolelle jää valtava joukko potilaita, joille Internet ei toimi varteenotettavana tiedonlähteenä. Heikommassa sosiaalisessa asemassa olevat ja iäkkäämmät henkilöt raportoivat usein hakevansa tietoa vain omaksi ilokseen, ei käyttääkseen sitä vastaanotolla. Näille henkilöille terveydenhuollon ammattilainen oli ensisijainen tiedonlähde, eikä Internetistä löydetty terveystieto pystynyt sitä syrjäyttämään. (Wald ym.2007.) Haetun tiedon merkitys kasvoi, mitä vakavammasta sairaudesta oli kyse, kuten myös pitkäaikaisten kroonisten sairauksien ollessa kyseessä. Esimerkiksi syöpäpotilaat ovat tutkimusten mukaan aktiivisia Internetin käyttäjiä. Eri sivustoilta ja keskustelupalstoilta löydettyt tiedot omasta syöpäsairaudesta ovat keskeisessä roolissa potilaiden keskustellessa terveydenhuollon ammattilaisen kanssa sairautensa vaiheista ja siihen määrättyistä hoidoista. (Wald ym. 2007 Imes ym. 2008.)

Moni potilas koki hankkimansa terveystiedon merkityksellisenä tekijänä oman sairauden hoidossa. Lisääntyneen tiedon koettiin vahvistavan kykyä tehdä itsenäisiä terveyteen ja sairauksiin koskevia päätöksiä sekä kykyä keskustella lääkärin kanssa hoidoista. Toisaalta moni potilas koki, että Internetistä löytyvä tieto voi olla myös musertavaa, ristiriitaista ja hämmentävää. (McMullan 2005.) Tiedon valtava määrä voi myös peittää alleen tarpeellista tietoa. Laadukas terveystieto voi olla vähemmän käyttökelpoista, kun se sekoittuu Internetin suureen tarjontaan, hämmentäen tiedon hakijaa. (Wald ym.2007.) Moni tiedonhankkija oli myös tietoinen siitä, että vastaanotolla esiin tuotu Internetistä hankittu terveystieto saattaa vaikeuttaa kommunikointia lääkärin kanssa. Jotkut potilaat olivat aikaisemmin saaneet ”kylmän suihkun” vastaukseksi lääkäriltään tai kokeneet tulleen nolatuksi lääkärin taholta. Hankittua tietoa ei siksi käytetty vastaanotolla, vaan se jätettiin omaksi tiedoksi. (Imes ym. 2008; Deddings ym. 2011.)

Hankitun tiedon käytön merkitys ammattilaiselle

Terveydenhuollon ammattilaisilla on aineiston mukaan kriittisempi suhtautuminen Internetin terveystiedon luotettavuuteen ja he edellyttivät, toisin kuin useimmat potilaat, sivustoilta löytyvän laatusertifikaatin mikä takaisi tiedon luotettavuutta. (Drake 2009b.) Ammattilaiset käyttivät myös potilaita useammin lääketieteellisiä ammattimaisia sivustoja ja lääketieteellisiä tietokantoja. Ammattilaisten tieto potilaiden vähäisistä mahdollisuuksista tarkistaa löydetyn terveystiedon luotettavuus ja tiedonhaku muista kuin tieteellisistä tietokannoista lisäsi halukkuutta ohittaa potilaan kertoma tieto vääränlaisena tai jopa potilasta vahingoittavana tietona. Ammattilaiset raportoivat ongelmaksi epäluotettavien sivustojen suuren määrän. Luotettavien sivustojen määrä on ammattilaisten mukaan kuitenkin kasvamassa. Epäselvää on, kuinka ammattilaiset tuottavat luotettavien sivustojen listan. (Ahluwalia ym. 2010.)

Terveydenhuollon ammattilaisilla, lääkäreillä vähemmän kuin sairaanhoitajilla, on nykyään positiivinen asenne Internetistä terveystietoa hakeneisiin potilaisiin. Kielteisiä asenteita on kuitenkin vielä paljon. Ammattilaisilla on pelko, että tietoa omaavat potilaat pitkittävät vastaanottoja keskusteluiltaan ja kyseenalaistavat tiedoillaan lääkärin koulutuksen ja kokemuksen myötä saadun tiedon merkityksen. Samoin tiukassa istuu pelko ammatin tiedollisen arvovallan menettämisestä sekä potilaiden yleisen lääkäreitä kohtaan tunteen arvostuksen laskemisesta. Lääkäreillä on myös pelkoa vastaanottotilanteen kontrollointimahdollisuuksien menettämisestä. Myös epäpäteväksi leimaantumisen pelkoa esiintyi. (Dilliway ym. 2008; Drake 2009b; Ahluwalia ym. 2010; Dedding ym. 2011.) Wald ym. (2007) raportoivat, että lääkäreillä jotka pitivät kiinni autoritäärisestä roolista, oli vaikeampaa sopeutua yhteistoiminnalliseen potilassuhteeseen. Kielteisesti suhtautuneilla lääkäreillä oli usein keskimääräistä heikommat tietotekniset taidot (Hart ym. 2004). Kielteiset asenteet olivat lääkäreillä usein tunneperäisiä. Näitä tunneperäisiä reaktioita lääkärit opettelevat peittämään käyttämällä tunteen sijasta kognitiivisia ja käyttäytymistieteellisiä keinoja pystyäkseen vastaamaan asianmukaisesti potilaille. (Ahluwalia ym. 2010.)

Positiivisesti Internetistä terveystietoa hankkineisiin potilaisiin suhtautuvat ammattilaiset raportoivat sitä vastoin vastaanottotilanteen kehittyneen potilaalle hyödyllisemmäksi, kun vastaanotolla päästiin keskustelemaan tiedollisesti hyvin varustautuneen potilaan kanssa. Positiivisesti suhtautuneet myös olivat vastaanoton pitkittymisestä toista mieltä. Heidän mielestään vastaanottoaika päinvastoin jopa lyheni, kun potilaan kanssa päästiin heti keskustelemaan ilman perusasioiden selvitteilyä. (Wald ym. 2007.) Usean ammattilaisen mielestä potilaan kyky käsitellä sairauksiaan kasvoi

lisääntyneen tiedon myötä. Muutama ammattilainen koki jopa itse oppineensa uutta potilailtaan. Pääsääntöisesti myönteisesti suhtautuvat ammattilaiset myönsivät potilaiden tietävän usein omasta sairaudestaan ja sen hoitomahdollisuuksista itseään enemmän. Tämä johtui heidän mukaansa siitä, että ammattilaisen tulee hallita valtava määrä tietoa monesta sairaudesta, kun taas potilas voi keskittyä vain yhteen sairauteen. (Dilliway ym. 2008.)

Potilaan hankkiman tiedon merkityksestä ammattilaiselle oli tutkimuksen mukaan siis kahta täysin päinvastaista näkemystä. Toisaalta joku lääkäri lähes loukkaantui potilaan mukanaan tuomasta tiedosta. Ajatus siitä, että potilas luotti enemmän tietokoneeseen ja sen kautta Internetistä löydettyyn tietoon kuin siihen, mitä lääkäri yritti potilaalle selittää, loukkasi ja vihastutti lääkäriä. Toinen lääkäri samassa tilanteessa koki, että Internetistä löydetyn tiedon oikeellisuuden varmistaminen vastaanotolla oli luottamuksen osoitus potilaalta hänen ammattitaitoonsa. (Ahluwalia ym. 2010.) Erikoislääkärit tuntuivat suhtautuvan potilaiden tiedon suureen määrään positiivisemmin kuin yleislääkärit. Näin erikoislääkäreille oli vastaanotolla enemmän merkitystä sillä, oliko potilas informoinut itseään etukäteen vai ei. Tämä ero tuntuu selittyvän sillä, että erikoislääkäreillä on enemmän tietoa hallussaan omasta erikoisalastaan. Tiedollinen vahvuus ja varmuus auttavat selviytymään paremmin ja antaa luottamusta keskustella potilaan kanssa terveystiedosta asiantuntijana (Drake 2009b.) Ammattilaiset toivat esiin myös näkemyksen, että potilaiden lisääntynyt tieto ei koskaan voi korvata vastaanottotilanteessa esimerkiksi palpaatiota tai havainnointia (Dedding ym. 2011).

Tiedon omaksumisen helppous tai vaikeus tiedon hankkijalle

Tiedonhakijat etsivät tietoa pääasiassa omalla äidinkielellään, koska vieraskielisen tiedon omaksuminen koettiin suurelta osalta vaikeaksi ymmärtää (Drake 2009a). Eri sivustoilta löytyvän tiedon erilaisuus ja määrä hämmensi ja vaikeutti tiedon suodattamista ja omaksumista (Wald ym. 2007). Terveystietoa haettiin pääasiassa yksinkertaisilla hakusanoilla Internetin eri hakukoneilla, yleensä hakukone Googlen kautta. Eri terveystietoportaalien ja potilasjärjestöjen sivustojen käyttö tuli mukaan hakuihin vasta varsinaisen diagnoosin jälkeen tai terveydenhuollon ammattilaiselta saadun vinkin perusteella. (Drake 2009a.)

Lääketieteellisiltä, ammattilaisille suunnatuilta sivuilta tietoa hakeneet tiedonhakijat kokivat usein sivustoilta löytyvän lääketieteellisen tekstin ja termistön vaikeaksi ymmärtää. Tiedonhakijat raportoivat joutuvansa usein hakemaan löytämälleen tiedolle selitystä joltain toiselta sivustolta, jotta ymmärtäisivät tiedon oikein. Moni tiedonhakija raportoi joutuvansa pyytämään vastaanotolla ter-

veydenhuollon ammattilaista selittämään, mitä löydetty tieto merkitsee ja kuinka se on tulkittavissa. (McMullan 2005.)

Terveydenhuollon ammattilaisen näkemys tiedon omaksumisesta

Moni terveydenhuollon ammattilainen uskoo, ettei potilailla ole tarpeeksi kykyjä omaksua ja käsitellä lääketieteellistä tietoa. Heidän mukaansa vääränlainen tiedon omaksuminen voi johtaa epäsiällisiin itse tehtyihin diagnooseihin. Usea ammattilainen uskoo lisäksi, ettei potilailla ole aina tarpeeksi kykyjä käsitellä vaikeita asioita ja niin sanottuja huonoja uutisia. Internetistä saatu tieto saattaa masentaa potilaan niin, ettei ammattilaiselta saatu korjaavaa tai lohduttavaa tietoa ole enää omaksettavissa. (McMullan 2005.) Nuoret, koulutetut ja terveemmät henkilöt olivat ammattilaisten mielestä paremmassa asemassa tiedon omaksumisessa. Matalasti koulutetuille, alempaan sosiaaliluokkaan kuuluville henkilöille tiedon ymmärtäminen oli heidän mielestään vaikeampaa. Tätä perusteltiin sillä, että Internetin terveystiedon ymmärtäminen vaatii vähintään yläaste tai lukiotason luke-
misvalmiuksia. (Wald ym. 2007.)

Terveydenhuollon ammattilaisilla oli kahdenlaista näkemystä potilaiden tiedon omaksumisesta. Heidän mielestään, varsinkin kroonisia sairauksia sairastavat potilaat ovat hyvin perillä sairauksistaan. Näin heille voi tarjota tietoa, joka on laadittu lääketieteen näkökulmasta. Toisaalta ammattilaiset ovat sitä mieltä, ettei potilaiden ymmärrys riitä lääketieteelliseen tekstiin ja siksi sitä ei tulisi tarjota Internetin kautta. Ammattilaisten mielestä tulisi olla erikseen sivustoja terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön ja erikseen potilaiden käyttöön. Tätä perustellaan sillä, että tarkkojen lääketieteellisten kuvausten avulla potilaat voivat alkaa hoitaa itseään väärin ja näin vahingoittaa terveytään. (Drake 2009b.)

Potilas-terveydenhuollon ammattilainen vuorovaikutussuhde ja sen muutokset

Tutkimuksessa mukana olleiden vanhempien artikkeleiden (Hart ym. 2004; McMullan 2005) mukaan potilaiden terveystiedon hankinta Internetistä oli vielä 2000-luvun alussa melko vähäistä, eikä kattavaa ja pätevää tutkimustietoa tiedonhankinnan merkityksestä vuorovaikutussuhteeseen oltu kerätty. Artikkeleiden tutkimustulokset ovat ennakkointia siitä, että Internetin helposti saatavilla olevan terveystiedon lisääntyminen tulee muuttamaan vuorovaikutussuhdetta enemmän potilaskeskeiseksi entisen lääkärikeskeisyyden sijaan. McMullan (2005) ennakoi jopa kolmannen vuorovaikutussuhteen tulemistä, joka olisi Internet-keskeinen suhde, missä lääkärit lisääntyvin määrin ohjaavat

itse potilaita luotettaville tietoa sisältäville Internetsivuilla terveystietoa hakemaan ja vastaanoton tietoja täydentämään. Wald ym. (2007) on tutkimuksessaan päätenyt samaan tulevaisuudenkuvaan jossa lääkärit ja potilaat yhdessä tutkivat ja käyttävät hyväksi Internetin terveystietoa. Draken (2009b) ja Russin ym. (2011) tutkimustulokset eivät tätä ennustetta tue, sillä heidän tutkimuksiensa mukaansa lääkärit eivät edelleenkään ohjaa potilaitaan etsimään tietoa Internetistä.

Tuoreimpien (Dilliway ym. 2008; Drake 2009b; Ahluwalia ym. 2010; Dedding ym. 2011) artikkeleiden mukaan Internetin käyttö on vuosien aikana lisääntynyt ja sen mukana terveystiedon hankijoiden määrä on lisääntynyt varsinkin vanhemmassa, yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä. Näiden artikkeleiden mukaan potilas-ammattilainen -suhteen muutoksista olisi jo näkyvissä selvästi tulkittavia merkkejä. Draken (2009b) ja Dilliwayn ym.(2008) tutkimuksien mukaan lähes kaikki terveystietoa Internetistä hakeneet henkilöt ilmoittivat keskustelewansa tästä tiedosta vastaanotolla. Imes ym.(2008) ja Russ ym. (2011) ovat tutkimuksissaan todenneet vastakkaisen näkemyksen, jonka mukaan useat terveystietoa Internetistä hankkineet potilaat eivät puhu tästä hankkimastaan tiedosta vastaanotolla esimerkiksi nolatuksi tulemisen pelossa tai ajan puutteen takia. Bylundin ym. (2007) ja Russin ym. (2011) tutkimuksissa vastaanotoilla Internetin terveystiedoista puhuivat ne tiedon hankkijat, joilla oli muita suurempi halu olla mukana itseään ja terveyttään koskevassa päätöksenteossa. Nämä potilaat olivat yleensä korkeammin koulutettuja, vähintään keskituloisia, alle 65-vuotiaita ja terveydentilastaan hyvin tietoisia olevia naisia.

Potilaiden mukaan terveydenhuollon ammattilainen säilyy edelleenkin terveystiedon tärkeimpänä tiedonlähteenä. Potilaiden luottamus lääkäreiden ammattitaitoon on perinteisesti niin suuri, etteivät uudet tiedonlähteet pysty sitä horjuttamaan, ainoastaan haastamaan vuorovaikutustapojen muutokseen lääkärikeskeisyydestä kohti potilaskeskeisyyttä. On huomattu, ettei potilaiden Internetin terveystiedon lisääntynyt käyttö ole väylä, joka voisi vähentää ammattilaisten oikeutettua asiantuntijavaltaa. Potilaiden lisääntynyt tieto muuttaa vuorovaikutussuhdetta, mutta tarkkaan ei tiedetä millä mekanismeilla. Voidaan ajatella, että entinen potilaiden ”sokea luottamus” ammattilaiseen vaihtuu ”informoituun luottamukseen”. (Wald ym. 2007; Drake 2009b.) Tiedon hankkijoilla on enemmän tarve saada vahvistus tiedon oikeellisuudesta tai virheellisyydestä kuin uhmata lääkärin päätöksiä tai esittää tälle hoidollisia vaatimuksia (Ahluwalia ym. 2010).

Yleinen käsitys ja oletamus siitä, kuinka Internetin terveystieto muuttaa potilas-ammattilainen suhdetta radikaalisti, näyttää olevan väärä. Muutokset ovat pikemminkin hienovaraisia suuntauksia kohti keskusteluvampaa ja tasa-arvoisempaa vuorovaikutussuhdetta. Kyse näyttää olevan potilaan

pienestä siirtymästä passiivisesta tiedon vastaanottajasta aktiivisemmaksi terveystiedon kuluttajaksi. Potilaat tuntuvat tutkimusten valossa edelleen arvostavan kasvokkain ammattilaisen kanssa käytävää keskustelua enemmän kuin itsenäistä tiedonhakuja. Terveystiedon ammattilaisten arvovalta ja arvostus säilyy niissä tapauksissa, missä potilas on ollut tyytyväinen vuorovaikutukseen ammattilaisen kanssa. Tyytymättömillä potilailla on suurempi halukkuus kyseenalaistaa ammattilaisen asema. Tosin tyytymätön potilas hakee usein Internetistä lisätietoa ja hakeutuu toiselle ammattilaiselle varmistaakseen löydetyn tiedon paikkaansa pitävyyden ja saadakseen henkilökohtaisen kontaktin ammattilaiseen. (McMullan 2005; Bylund ym. 2007; Sabee ym. 2007; Imes ym. 2008; Drake 2009b; Russ ym.2011.)

8 TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETO

8.1 Minkälaista terveystietoa haetaan, mihin tarkoitukseen ja kenen toimesta?

Tutkimukseni tarkoitus oli pohtia kirjallisuuskatsauksen avulla vastauksia asettamiini tutkimuskysymyksiin. Ensimmäinen tutkimuskysymykseni liittyi siihen, minkälaista terveystietoa Internetistä haetaan. Tarkoitus oli saada vastaus myös siihen, mihin tarkoitukseen ja kenen toimesta tätä terveystietoa haetaan.

Tutkimukseni teoriaosuudesta käy selville, että Internetissä on terveysaiheista tietoa valtavasti ja lisää terveystietosivustoja luodaan vauhdilla. Tutkimuksen mukaan lähes 70 prosenttia Internetin käyttäjistä on vierailut terveysaiheisilla sivuilla (kts. Ek & Niemelä 2010, 1-3). Kuitenkin tutkimukseni aineiston mukaan sellaista terveystietoa mitä tiedon hakijat käyttäisivät vastaanotolla ammattilaisen kanssa hakevat lähinnä hyvin koulutetut, keskiluokkaiset ja alle 65-vuotiaat naiset. Miesten ja iäkäämmän väestön osuus tiedonhaussa oli selkeästi pienempi (esimerkiksi Bylund ym. 2007; Wald ym. 2007; Russ ym. 2011). Tämä ero selittyy todennäköisesti tutkimuksessani esiin tulleella seikalla: terveystiedon käsitteen määrittelyn vaikeudella. Tutkimukseni aineiston mukaan käsite terveystieto on maallikoille yleensä verraten laaja käsite, verrattuna terveydenhuollon ammattilaisten käsitykseen lääketieteellisestä tutkitusta tiedosta. Mikäli pitäydytään ammattilaisten käsityksessä terveystiedon määrittelyssä voi tämän tutkimukseni pohjalta arvioida, että terveystietoa haetaan Internetistä huomattavasti vähemmän kuin Internetin käytön tutkimuksista voisi päätellä.

Aineistoni mukaan Internetistä haetaan tietoa pääosin lääkärin tai hoitajan vastaanoton jälkeen (esimerkiksi McMullan 2005; Bylund ym. 2007; Drake 2009a). Tiedonhaulla on tarkoitus saada vahvistusta diagnoosiin ja varmistaa, että määrätyt hoidot ja tutkimukset ovat tarkoituksenmukaisia. Terveystietoa haettiin aineistoni mukaan myös itsehoidollisiin tarpeisiin. Jokin uusi oire jo todetussa sairaudessa tai kroonisessa sairaudessa sai potilaan hakemaan Internetistä lisätietoa, jonka avulla hän saattoi päätellä tarvitseeko lääkärin vastaanottoa vai selviääkö tilanteesta omin neuvoin. Yllättäen kroonisia tauteja sairastavat eivät hae terveystietoa sen enempää kuin muutkaan potilaat (Russ ym. 2011). Myös niin kutsuttua tunneperäistä terveystiedon hakua esiintyi. Tällä tarkoitettiin aineistossani sellaisen terveystiedon hakua, jonka oli tarkoitus rauhoittaa tiedon hakijan mielialaa. Tiedon hakijalla saattaa olla tarve esimerkiksi jonkin oman tai läheisensä oudon oireiston takia saada tietoa. Tämä tunneperäinen tiedonhaku tyydyttyy yleensä Internetissä hyvin, koska Internet on auki yötä

päivää ja tiedon voi hakea heti ongelman ilmetessä. Aineistoni mukaan Internetistä haetaan harvoin tietoa yleisesti sairauksista tai niiden hoidoista, poikkeuksena potilaiden arkaluonteiseksi kokemat vaivat. Näihin vaivoihin, kuten seksuaalisuuteen liittyviin vaivoihin, haettiin Internetistä paljon tietoa. Erotuksena muihin terveystiedon hakuihin näissä arkaluonteisissa aiheissa miehet ja iäkkäämmät henkilöt olivat lähes yhtä aktiivisia tiedonhakijoita kuin naiset.

Aineistoni pohjalta voidaan todeta, että Internetin terveystietoa käytetään ”täsmätietona”. Tarkoituksena on hakea vahvistusta diagnnoosille, hoidoille ja määrätyille tutkimuksille. Oireen mukaiset haut joko jo olemassa olevaan sairauteen tai yleensä mieltä rauhoittamaan voidaan mielestäni laskea tähän täsmähakujen joukkoon. Yleinen tiedon haku sairauksista ja niiden hoidoista sekä terveydentilasta yleensä oli selvästi vähäisempään, eivätkä aineistossa mukana olleet tutkittavat raportoineet tällaisesta käytöstä juuri ollenkaan.

8.2 Potilas-ammattilainen vuorovaikutustilanne potilaan kannalta

Tutkimukseni tarkoituksena oli hakea vastausta myös kysymykseen, miten Internetin terveystieto vaikuttaa potilas-ammattilainen -vuorovaikutussuhteeseen potilaan kannalta. Tähän kysymykseen löysin aineistosta seuraavanlaisia vastauksia.

Iso määrä, jopa 81 prosenttia, terveystietoa Internetistä hakeneista potilaista jätti kertomatta vastaanotolla hakeneensa tietoa sairaudestaan. Tämän he raportoivat johtuvan muun muassa vastaanottoajan lyhydestä. Ajallisesti ei olisi ollut mahdollisuuksia käsitellä löydettyä tietoa. Moni koki myös, etteivät nolatuksi tulemisen pelossa uskaltanut esittää tietojansa. Monella oli kokemus siitä, että lääkärit suhtautuvat kielteisesti tietäviin potilaisiin, eivätkä näin ollen halunneet tuoda tietojansa julki. Toisaalta osa tämän ryhmän henkilöistä pyrki saamaan vahvistusta löytämälleen tiedolle kiertoilmauksin. (esimerkiksi Sabee ym. 2007; Imes ym. 2008; Russ ym.2011.) Aineistoni mukaan moni potilas vältti kertomasta löytäneensä tietoa Internetistä. He esittivät tietonsa verhoiltuna kysymyksiin sairaudesta tai esittämällä omin sanoin tietojansa. Epäily löydetyn terveystiedon luotettavuudesta esti monin paikoin tiedon esittämisen, vaikka tiedon hakijoilla ei aineiston mukaan ollut selviä kriteerejä, joilla he olisivat varmistaneet tiedon luotettavuutta. Löydetystä terveystiedosta jättivät kertomatta yleensä iäkkäämmät, vähemmän koulutetut ja alempaan sosiaaliluokkaan kuuluvat henkilöt.

Yllä olevasta terveystiedosta kertomatta jättäminen vaikuttaa aineiston mukaan olevan seurausta siitä, että matalamman koulutuksen saaneet ja alempiin sosiaaliluokkaan kuuluvat henkilöt uskovat vielä ammattilaisen tiedolliseen arvovaltaan, eivätkä ole valmiita haastamaan sitä omilla tiedoillaan (esimerkiksi Wald ym. 2007). Lisäksi voitaneen todeta, että Internetin terveystieto on usein vaikeasti omaksuttavaa tietoa, josta matalasti koulutetut henkilöt eivät hyödy. Tätä oletusta tukee se, että terveystietoa haetaan yleensä omalla kielellä (kts. Eysenbach & Köhler 2002, 573–577). Aineistoni mukaan muulla kuin äidinkielellä tehdyt tiedonhauut on harvinaisia (esimerkiksi Drake 2009b). Lääketieteelliset tutkimusjulkaisut ja muut ammattilaisten arvostamat artikkelit julkaistaan yleensä Internetissä englanninkielisinä. Tästä voitaneen vetää johtopäätös, että muille kuin englantia äidinkielenään puhuville tai sitä hyvin ymmärtäville tämä materiaali jää kokonaan saavuttamatta.

Nuoremmilla ikäluokilla, korkeammin koulutetuilla, hyvin toimeentulevilla naisilla oli aineistoni mukaan paremmat edellytykset Internetin terveystiedonhakuun ja he myös käyttivät löytämäänsä tietoa vastaanotoilla ahkerammin. Tämän ryhmän potilaat kokivat muita ryhmiä useammin saaneensa tyydyttävästi tietoa vastaanotolla. (esimerkiksi Bylund ym. 2007; Wald ym. 2007; Russ ym. 2011.) Aineistoni mukaan he keskustelivat avoimesti ammattilaisen kanssa löytämästään tiedosta, vertailivat sitä ammattilaiselta saatuun informaatioon ja osallistuivat näin aktiivisesti itseään koskeviin hoitopäätöksiin. Samoin he löysivät mielestään luotettavaa tietoa Internetistä ja varmistivat tiedon luotettavuutta vertailemalla usean eri sivuston sisältämää tietoa keskenään. He myös raportoivat vierailleensa erikielillä sivustoilla ja tutkittua lääketieteellistä tietoa sisältävillä sivuilla. Tämän ryhmän tiedonhakijoilla ei aineistoni mukaan ollut vaikeuksia omaksua tai ymmärtää löytämänsä terveystiedon sisältöä. Mikäli heillä yksittäistapauksissa oli ongelmia, he raportoivat pyytäneensä hoitavaa ammattilaista selventämään heille epäselviä kohtia.

Aineistoni mukaan terveydenhuollon ammattilainen on edelleen potilaille ensisijainen tiedonlähde. Internetin terveystieto ei pysty kilpailemaan luottamuksesta ammattilaisen kanssa (esimerkiksi Hart ym. 2004; Bylund ym. 2007). Internetin terveystieto ei myöskään ole vähentänyt lääkärissä käyntejä, eikä varsinkaan korvannut niitä. Potilailla on edelleenkin tarve kasvokkaiseen kohtaamiseen ja suuri luottamus ammattilaisen tiedolliseen ja taidolliseen osaamiseen. Internetin terveystieto on tutkimusaineistoni mukaan muuttanut potilas-ammattilainen -suhdetta jonkin verran potilaskeskeisempään suuntaan, mutta vain pienen ryhmän osalta. Tulevaisuuden haasteena on mielestäni huomion kiinnittäminen tähän aineistossa ilmenneeseen kahtiajakautumiseen. Vaarana voi olla, että syntyy eriarvoisia potilasryhmiä, niitä jotka omaksumansa terveystiedon avulla osallistuvat aktiivisesti itseään koskeviin päätöksiin ja osaavat keskustella päätöksistä sekä osaavat vaatia tarpeellisia

hoitoja ja tutkimuksia, ja toisaalta niitä, jotka eivät tiedollisesti pysty keskustelemaan samalla tasolla kuin ammattilainen, eivätkä näin ollen pysty aktiivisesti osallistumaan itseään koskeviin hoitopäätöksiin.

8.3 Potilas-ammattilainen -vuorovaikutustilanne ammattilaisen kannalta

Tutkimukseni tarkoituksena oli hakea vastausta myös kysymykseen miten Internetin terveystieto vaikuttaa potilas-ammattilainen -vuorovaikutussuhteeseen terveydenhuollon ammattilaisen kannalta. Tähän kysymykseen löysin aineistosta seuraavanlaisia vastauksia.

Aineistoni mukaan terveydenhuollossa on runsaasti ammattilaisia, jotka suhtautuvat kielteisesti Internetin terveystietoa vastaanotolle tuoviin potilaisiin (esimerkiksi McMullan 2005; Ahluwalia ym. 2010). Aineistosta ilmeni, että ammattilaisilla oli pelkoa ammattinsa arvovallan menettämisestä ja tiedollisen auktoriteettinsa murenemisestä. Moni ammattilainen pelkäsi myös, että vastaanottoajat pitenevät ja sen mukana myös jonot vastaanoton odotusaulassa. He kokivat joutuvansa vastaanotolla korjailemaan potilaiden löytämää virheellistä tietoa ja vakuuttamaan heitä oman tietonsa paikansapitävyydestä. Moni ammattilainen hermostui ajatuksesta, että potilaat luottivat Internetin tietoon enemmän kuin heidän ammattitaitoonsa.

Ammattilaisilla oli syvä huoli löydetyn tiedon luotettavuudesta ja oikeellisuudesta (esimerkiksi Wald ym. 2007; Imes ym. 2008; Drake 2009). Usea ammattilainen ei luottanut potilaiden kykyyn omaksua lääketieteellistä tietoa. Ristiriitaa syntyi myös siitä, että ammattilaisilla oli erilainen käsitys terveystiedon käsitteen määrittelystä. Monen mielestä potilaan löytämä tieto ei täyttänyt ammattilaisen kriteerejä määriteltäessä mikä on terveystietoa. Terveydenhuollon ammattilaiset määrittelivät terveystiedon tieteellisenä, tutkittuna tietona, kun taas maallikot määrittelivät terveystiedon väljemmin. Nämä kielteisesti ilmiöön suhtautuvat ammattilaiset olivat yleensä perinteisen ammatin arvovallan ja auktoriteettiaseman kannattajia, eivätkä halunneet uusien tiedonkanavien haastavan tätä asemaa. Näillä ammattilaisilla oli itsellään usein vähäiset tietotekniset taidot ja he käyttivät itse vain vähäisesti Internetiä omiin tiedonhakuihinsa. Vastaanotoilla he ohittivat potilaan esille tuoman tiedon, väheksyivät sitä tai kiistivät sen kokonaan.

Toisaalta ilmiöön positiivisesti suhtautuvat ammattilaiset lisääntyivät aineiston mukaan koko ajan vuosien mittaan (esimerkiksi Dedding ym. 2011). Nämä ammattilaiset kokivat tiedolliset potilaat

tasavertaisina ja uskoivat vastaanottotyön helpottuvan, kun potilaat olivat valmiiksi ottaneet selvää kyseessä olevasta sairaudesta tai siihen liittyvistä hoitomenetelmistä. Näille ammattilaisille normaali vastaanottoaika tuntui riittävän entistä paremmin, kun potilaalle ei tarvinnut selvittää kaikkia asioita perusteista lähtien. Vastaanottotilanteissa nämä positiivisesti suhtautuvat neuvoivat usein potilaalle uusia Internetsivustoja, joilla potilaan kannattaisi vieraillla hakemassa lisätietoa täydentääseen vastaanotolla saatua tietoa. Tämän ryhmän ammattilaiset kokivat myös, että Internetin terveystiedon myötä potilaiden kyky käsitellä sairauksiaan ja hyväksyä eri hoitomuodot kasvoivat sekä potilaiden yleinen hyvinvointi ja terveys kohenivat aikaisempaa korkeammalle tasolle.

Huomattava tulos tutkimusaineistossa ammattilaisten kannalta on mielestäni potilas-ammattilainen suhteen laatu (esimerkiksi Wald ym. 2007; Imes ym. 2008; Ahluwalia ym. 2009; Russ ym. 2011). Aineiston mukaan potilassuhteeseen ja saatuun kohteluun tyytyväiset potilaat hakivat Internetistä vähemmän terveystietoa ja haastoivat tiedoillaan ammattilaisia vähemmän kuin hoitoon tyytymättömät potilaat. Tyytymättömillä potilailla on aineiston mukaan suurempi riski vahingoittaa itseään tai huonontaa terveydentilaansa Internetistä löytyneellä tiedolla, koska tyytymätön potilas tekee tiedonhakuja enemmän ja on näin myös useammin epäluotettavan tiedon lähteillä. Tämän tutkimusaineiston tuloksen perusteella ammattilaisten haaste ei niinkään ole Internetin terveystiedon hyväksyminen, vaan hyvän potilas-ammattilainen suhteen ylläpito. Toimivan suhteen myötä myös potilaiden lisääntynyt tieto tulee asianmukaiseen käyttöön hyödyntäen potilasta parhaiten.

Tutkimusaineistoni mukaan on selvää, että jonkinlaista muutosta potilas-ammattilainen -suhteessa on tapahtunut Internetin lisääntyneen terveystiedon myötä (esimerkiksi Dedding ym. 2011). Muutos näyttää kuitenkin olevan paljon pienempi kuin yleisesti on otaksuttu. Terveystenhuollon ammattilaiset ja potilaat tuntuvat aineiston mukaan pidättäytyvän perinteisissä rooleissaan, eikä potilailla ole tarvetta uhmata lääkäreiden päätöksiä tai kyseenalaistaa saatuja tietoja varsinkaan, jos potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa kohteluun ja hoitoon. Aineiston mukaan tapahtunut muutos on siirtymistä potilaskeskeisempään suhteeseen entisen lääkärikeskeisyyden sijaan. Muutos jatkuu hiljalleen, mutta aineiston mukaan mitään radikaalia muutosta ei ole lähivuosina odotettavissa. (esimerkiksi McMullan 2005; Bylund ym. 2007; Sabee ym. 2007; Imes ym. 2008; Drake 2009b.)

9 POHDINTA

9.1 Tutkimuksen tarkastelu

Tutkimuksessa käytetyt menetelmät tulisi raportoida selkeästi, jotta tutkimuksen arvioija voi tarvittaessa samoilla menetelmillä päästä samoihin tuloksiin kuin tutkija. Tarkka selostus tutkimuksen eri vaiheista ja tutkimuksen toteuttamisesta alusta loppuun kohentaa tutkimuksen luotettavuutta. Johtopäätökset ja pohdinta ovat laadullisessa tutkimuksessa usein tutkijasidonnaisia, mutta menetelmät, käytetty aineisto ja valittu analyysikeino tulee olla toistettavissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–228.) Tutkimusta arvioidessa käsitellään yleensä sen validiteettia eli pätevyyttä. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu tutkia. Toisena mittarina tutkimusta arvioidessa käytetään reliabiliteettia eli toistettavuutta. Tutkimuksessa tämä tarkoittaa sitä, että tulokset eivät ole sattumanvaraisia, vaan tarvittaessa uudelleen toistettavia. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 133–134.)

Tutkimuksessani olen selostanut julkaisujen hakuprosessissa käytetyt hakusanat ja tietokannat. Löydettyjen julkaisujen sisäänotto- ja poissulkukriteerit on selostettu ja näitä kriteereitä on noudatettu. Tietokannat joista julkaisut on noudettu, on lueteltu, eikä muita tietokantoja ole käytetty. Tutkimuksessa on käytetty ainoastaan alkuperäisiä, kaikkien tieteellisten kirjastojen tietokantoihin pääsyn omaaville avoimia aineistoja. Tutkimusaineistoni on haettavissa tarvittaessa uudelleen samansisältöisenä. Tutkimuksessa käytetyt julkaisut käsittelevät kaikki Internetin terveystietoa terveydenhuollon ammattilaisen tai potilaan näkökulmasta, mikä on tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten mukaista. Luotettavuutta ja toistettavuutta saattaa heikentää hieman tutkimusaineiston englanninkielisyys. Englanti ei ole äidinkieleni ja on mahdollista, että puutteellisen kielitaidon vuoksi aineiston sisällönanalyysi ei ole ollut riittävän syvällistä.

Yksittäisestä tutkijasta riippuu, minkälaisia näkökulmia hän aineistosta löytää tai huomaa. Tutkijalle voi tuottaa vaikeuksia varmistaa, ettei lisääaineisto tuota enää uutta informaatiota. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 177.) Tämä tutkimus on ensimmäinen järjestelmällisellä tiedonhaulla tekemäni kirjallisuuskatsaus. Vähäinen kokemus rajoitti mukaan otettavan aineiston laajuutta ja ohjasi rajaamaan tutkimusaineiston määrän hallittavissa olevaksi. On varsin mahdollista, että laajemmalla tutkijakokemuksella aineisto olisi saattanut muodostua toisenlaiseksi.

Tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimus on dokumentoitu hyvin alusta loppuun. Siirrettävyys liittyy tutkimuksen sovellettavuuteen. Siirrettävyys tarkoittaa myös sitä, että lukijalla on mahdollisuus siirtää tutkimus johonkin toiseen yhteyteen. Tämä edellyttää, että tutkimuksen eri vaiheet on avattu mahdollisimman tarkasti. (Marshall 1990, 188–197.) Tutkimani ilmiö on yhteiskunnallisesti uusi ja sen tuomat mahdollisuudet ovat olleet käytössä vasta viimeiset kymmenen vuotta. Tutkimukseni artikkelit kattavat ajanjakson vuodelta 2004 vuoteen 2011. Ilmiön kehittyminen ja sen mukanaan tuomat muutokset näkyvät tutkimustuloksissani. Tutkimuksessani on tullut esiin, että ilmiö on edelleen kehittymässä mahdollisesti laajempiin mittasuhteisiin. Ajallisesti tutkimukseni kiinnittyy siten tähän päivään ja tulevaisuudessa sen arvo on paljon, suhteessa uusiin tutkimuksiin, vertailevaa ilmiön saadessa uusia esiintymismuotoja ja laajentuessa. Tutkimukseni rajautuu vuorovaikutukseen terveydenhuollossa, mutta on mielestäni siirrettävissä osin myös muiden oman alansa ammattilaisten työssään kohtaamiin vastaavanlaisiin vuorovaikutustilanteisiin.

Eettisesti kestävä tutkimus on tehty hyviä tieteellisiä tutkimuskäytäntöjä noudattaen. Tutkimukselta edellytetään myös johdonmukaisuutta ja sitä, että se on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Tutkijan vastuulla on tutkimusaiheen ja tutkittavan ilmiön mahdollisesti sisältämien eettisten ongelmien välttäminen. Yleisesti hyväksytyjen tutkimuksen eettisten normien tulee ohjata aiheen valintaa. Eettiseen tutkimukseen kuuluu esimerkiksi muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen, selkeä viittaaminen aikaisempiin muiden tekemiin tutkimuksiin, tulosten selkeä kirjaaminen sekä säilyttäminen ja tulosten julkaiseminen uutena vain yhden kerran. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 122–130.)

Tutkimukseni on toteutettu kirjallisuuskatsauksena, eikä siihen liity henkilöhaastatteluja tai henkilöiden toimien havainnointia tai tarkkailua. Tutkimusaihe ei loukkaa kenenkään oikeuksia eikä se ole ilmiönä arkaluonteinen. Käytetty tutkimusaineisto koostuu tieteellisistä julkaisuista, joka ovat saaneet julkaisuluvan omassa tiedeyhteisössään. Tutkimusaineistoksi valikoituneet artikkelit täyttivät ennalta asetut laatuksiteerit. Tutkimuksessa käytetty lähdekirjallisuus on merkitty tekstiin sekä lueteltu lähdeluettelossa. Kaikki käytetty aineisto on julkista, osin kaikkien tieteellisten kirjaston käyttäjille avointa ja osin oppilaitosten kirjastojen käyttäjille avointa. Tutkimukseni noudattaa Itä-Suomen yliopiston ohjeistusta pro gradu -työn tekijöille eikä muuta ohjeistusta ole käytetty.

9.2 Tutkimusaineiston luotettavuus

Tutkimuksiin liittyy käsite reliaabelius, joka tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimuksen ja mittauksien tulisi aina antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius tarkoittaa käytännössä sitä, että esimerkiksi kaksi eri tutkijaa päätyy samalla aineistolla ja menetelmillä samaan tulokseen. Reliaabelius edellyttää, että tutkittava aineisto on riittävän kattava ilmiön kokoon suhteutettuna. Tutkimukseen liittyvällä harhalla tarkoitetaan tutkimusaineistoon sisältyviä systemaattisia virheitä. Virheet voivat liittyä tutkimukseen sisältyviin mittauksiin, otokseen tai olosuhteisiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–227.)

Tämän tutkimuksen aineistoon liittyvissä artikkeleissa on raportoitu kyseisissä tutkimuksissa olevan mahdollisesti tutkimusharhoja, jotka ovat voineet vaikuttaa tutkimustuloksiin. Drake (2009), Dillway ym. (2008) ja Ahluwalia ym. (2009) kiinnittävät huomiota tutkimuksensa pieneen otokseen terveydenhuollon ammattilaisten osalta. Ammattilaisia oli ollut vaikea saada osallistumaan kyselyihin tai haastatteluihin. Tutkittavien joukko jäi siten niin pieneksi, ettei yleistyksiä ole ehkä mahdollisuus tehdä. Bylund ym. (2007), Imes ym. (2008) ja Sabeen ym. (2007) tuovat esille aineistonsa mahdollisen harhan vastaajien osalta. Kyselyt oli suoritettu terveystieteen Internet-sivustojen kautta. Vastanneiden keskuudessa oli yliedustus valkoihoisilla, korkeasti koulutetuilla, keskiluokkaisilla naisilla. Tähän ryhmään kuuluvat ovat tutkimusten mukaan innokkaimpia terveystietoa Internetistä hakevia henkilöitä. He osallistuvat kyseisten sivustojen kyselyihin myös ahkerimmin. Tutkimusten otoksesta jäi siten ulkopuolelle suuri ryhmä erilaisia ja eri-ikäisiä henkilöitä. Russ ym. (2011) toteavat tutkimukseensa ehkä tulevan virheellistä yleistettävyyttä heidän tutkiessa ainoastaan perusterveydenhuollon vastaanotoilla käyviä henkilöitä.

Sabeen ym. (2007) tutkimuksessa oli käytetty sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Tutkittavien vastauksissa oli huomattu ristiriitaisuuksia avointen ja suljettujen kysymysten kesken. Bylund ym. (2007) nostavat esiin sen, että heidän tutkimuksensa tulosten yleistettävyyden omaan maahan voi heikentyä, koska heidän käyttämänsä aineisto koostuu eri maiden erilaisten terveydenhuollon kulttuurien ja järjestelmien asiakkaista. Sabeen ym. (2007) tuovat esiin sen, että tutkimustulokset voisivat olla erilaisia, mikäli he olisivat vertailleet sekä ammattilaisen että potilaan näkökulmia sen sijaan, että he tutkivat ilmiötä ainoastaan potilaan näkökulmasta käsin.

Tämä aineistoon liittyvä harha on otettava huomioon tutkimustuloksia tarkasteltaessa. Varsinkaan terveydenhuollon ammattilaisten pieni otos aineiston tutkimuksissa ei välttämättä anna mahdollisuuksia yleistykseen. Samoin tutkimuksiin vastanneiden homogeenisuus: koulutettuja, hyvinvoivia nuorehkoja naisia, saattaa vinouttaa vastauksia ja näin ollen tulokset eivät ehkä ole suoraan yleistettävissä. Tutkimusaineistoni koostui Yhdysvalloissa, Englannissa, Israelissa ja Suomessa tehdyistä tutkimuksista. Tutkimustulokset olivat yllättävän yhteneväiset, mutta kuitenkin suhtautuisin eri maiden erilaisten terveydenhuoltokulttuurien ja yhteiskuntarakenteiden takia tulosten yleistettävyyteen Suomen olosuhteisiin varsin kriittisesti.

9.3 Johtopäätökset ja tulevaisuuden tutkimushaasteet

Järjestelmällisen tiedonhaun yhteydessä kiinnitin huomiota, että ilmiötä on tutkittu terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta melko vähän. Maallikoiden eli potilaiden tiedonhakua, sen motiiveja ja tiedon käyttöä on tutkittu huomattavasti enemmän. Aineiston artikkeleissa todettiin vaikeus saada ammattilaisia osallistumaan tutkimuksiin. Mistä ammattilaisten osallistumishaluttomuus johtuu, ei aineistosta selvinnyt. Tulevaisuudessa on varmasti tarvetta tutkia ilmiötä enemmän ammattilaisen näkökulmasta, kun otetaan huomioon aiemmin esiin tuotu potilassuhteen laadullinen merkitys.

Tutkimukseni teoriaosassa olen määritellyt Internetin terveystiedon yhteydessä myös terveysportaalit yhtenä terveystiedon lähteenä. Merja Draken (2009) tutkimuksen mukaan potilaat kokivat, etteivät he saaneet eri verkkopalveluista riittävästi vastauksia tiedontarpeeseensa, vaikka ammattilaiset kokivat nämä verkkopalvelut tärkeinä tiedon jakelukanavana. Muun aineistoni mukaan näiden portaalien käyttöä ei juuri ole tutkittu, enkä näin ollen saanut tutkimuksessani varmuutta siihen, kuinka niissä oleva, usein ammattilaisten tuottama luotettava tieto, vaikutti tiedonhakijoiden tiedon lisääntymiseen. Tulevaisuudessa olisi tarpeellista kehittää ja tutkia ammattilaisten ylläpitämien terveysportaalien merkitystä luotettavan terveystiedon välittäjänä.

Tutkimusaineistossa mainittiin useassa artikkelissa sekä tiedon hakijoiden että terveydenhuollon ammattilaisten huoli Internetin terveystiedon luotettavuudesta ja oikeellisuudesta. Sitä, miten luotettavuutta mitattiin tai kuka määritteli mikä on luotettavaa tietoa, ei kuitenkaan aineistossa avattu. Luottamus tietoon tuntui aineiston mukaan olevan suuri este potilaille puhua löydetystä tiedosta. Aineistoni mukaan myös ammattilaiset epäilivät Internetin terveystiedon oikeellisuutta. Ammattilaiset pitivät tieteelliseen tietoon pohjautuvia sivustoja luotettavimpina. Näille, usein englanninkie-

lisille, sivuille eivät tiedonhakijat useinkaan eksyneet. Tulevaisuuden tutkimuksissa olisi ehkä hyvä nostaa sivuilta löytyvän tiedon oikeellisuus ja luotettavuus paremmin esiin tutkimuskysymyksiä määriteltäessä. Näin Internetin käyttäjille ehkä muodostuisi parempi mahdollisuus erotella väärä tieto oikeasta.

Olen teoriaosuudessa käsitellyt ja määritellyt erilaisten uusien lukutaitojen merkitystä Internetin terveystiedon hauissa, kuten myös verkkolukutaidon vaatimia uudenlaisia lukutaitovalmiuksia. Teoriaosuudessani käy selville, että hyvällä terveydenlukutaidolla on oleellinen merkitys esimerkiksi tiedon luotettavuutta arvioitaessa. Tutkimusaineistossani ei käsitelty yhdessäkään artikkelissa näitä seikkoja, vaikka niillä lienee kiistaton yhteys tiedon omaksumiseen ja ymmärtämiseen. Yleisellä tasolla tutkimusaineistossa pohdittiin hyvin vähän tiedon omaksumisen ja ymmärtämisen merkitystä. Tulevaisuuden tutkimuksissa näiden seikkojen huomioiminen saattaisi johtaa Internetin terveystieto sivustojen selkeämpään rakenteeseen ja tiedon ymmärrettävämmiin esittämiseen. Tämä saattaisi kohentaa tiedon hakijoiden asemaa ja sitä kautta helpottaisi terveydenhuollon ammattilaisten työtä, kun löydetty tieto olisi helpommin omaksuttavissa ja sisäistettävissä.

Tutkimuksen kirjallisuuskatsausta tehdessäni ja varsinaisen tutkimusaineiston hakujen yhteydessä kiinnitin huomiota siihen, ettei Internetin sisältämän terveystiedon vaikutusta potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutussuhteeseen ole tutkittu Suomessa terveys- tai lääketieteen parissa juuri ollenkaan. Merja Draken väitöskirja (2009) on viestinnän alalta, vaikka käsitteleeikin terveystietoa. Näkökulma ja tutkimustarkoitus siinä on viestinnällinen. Tässä tutkimuksessa aineistona käyttämäni artikkelit pohjautuivat tutkimuksiin, jotka oli tehty Israelissa, Englannissa ja Yhdysvalloissa. Terveydenhuollon järjestelmät poikkeavat näissä maissa Suomen järjestelmästä. Jatkossa olisi kiinnostavaa tutkia ilmiötä Suomen terveydenhuollon kontekstissa.

Asiantuntija-potilaat tulevat varmasti lisääntymään Suomessakin, kuten muualla maailmalla. Pitkällä tähtäimellä terveydenhuollon ammattilaisten tiedollinen ylivalta vähenee ja vuorovaikutussuhde tasavertaistuu. Tämä saattaa aiheuttaa jopa paineita muuttaa terveydenhuollon koulutusta korostamaan potilaan roolia. Lisäksi on hyvä huomioida, etteivät kaikki potilaat hanki omatoimisesti tietoa, omaksu tai ymmärrä tietoa hyvin, eivätkä kaikki potilaat halua ottaa aktiivisen potilaan roolia itselleen. Kiinnostava jatkotutkimusaihe olisi tutkia Suomen terveydenhuollon koulutuksen kontekstissa, kuinka tämä potilaiden lisääntynyt tiedollinen osaaminen otetaan huomioon vuorovaikutustaitoja opetettaessa.

LÄHTEET

- Ahmad Risk & Joan Dzenowagis 2001. Review of Internet Health Information Quality Initiatives. *J Med Internet Res.* 2001 Oct–Dec; 3(4): e28
- Airaksinen Timo 1991. Ammattien etiikan filosofiset perusteet. Teoksessa Airaksinen Timo (toim.) Ammattien ja ansaitsemisen etiikka. Yliopistopaino. Helsinki.
- Alasilta Anja 1998. Näin kirjoitat tietoverkkoon. Infoviestintä Oy. WSOY, Helsinki
- Alasilta Anja 2000. Verkkoajan viestintä. Tulkinta, ilmaisu, vuorovaikutus. Rt-Print Oy, Pieksämäki
- Asikainen Irma & Hemming Marjatta 2005. Internet ja informaatiolukutaito. Teoksessa Kotilainen Sirkku & Sintonen Sara (toim.) Mediakasvatus 2005. Kansalliset kehittämistarpeet. Oikeusministeriön julkaisuja 2005:5. Edita Prima Oy.
- Bates Benjamin, Romina Sharon, Ahmed Rukhsana & Hopson Danielle 2006. The effect of source credibility on consumers perceptions of quality of health information on the Internet. *Medical Informatics and Internet in Medicine*, March 2006; 31(1):45-52.
- Ek Stefan & Niemelä Raimo, 2010. Onko Internetistä tullut suomalaisten tärkein terveystiedon lähde? Deskriptiivistä tutkimustietoa vuosilta 2001 ja 2009. *Informaatiotutkimus* 29(4):1-7.
- Eysenbach Gunther & Köhler Christian 2002. How do consumers search for and appraise health information on the word wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests and indepth interviews. *British Medical Journal* 324: 573–577.
- Griffiths Frances, Lindenmeyer Antje, Powell John, Lowe Pam and Thorogood Margaret 2006. Why Are Health Care Interventions Delivered Over the Internet? A Systematic Review of the Published Literature. *Journal of Medical Internet Research* 2006 Apr–Jun; 8(2): e10.
- Hallituksen politiikkaohjelmat. Tietoyhteiskuntaohjelma 2007. Kansallinen tietoyhteiskunta strategia 2007-2015. Verkkodokumentti. http://www.tietoyhteiskuntaohjelma.fi/esittely/fi_FI/1142405427272/index.html. (viitattu 26.5.2011)
- Haux Reinhold, Ammenwerth Elske, Herzog Werner, Knaup Petra 2002. Health care in the information society. A prognosis for the year 2013. *International Journal of Medical Informatics* 66 (2002) 3 -21.
- Hirsjärvi Sirkka & Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Itkonen Pentti 2005. Informaatioteknologian vaikutus strategiseen johtamiseen ja toiminnan organisointiin. Teoksessa Jari Vuori (toim) Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. WSOY

Jakonen Sirkka 2003. Terveyden lukutaito-uusi näkökulma yksilön oman terveyden edistämiseen? Teoksessa Koivisto Taru, Muurinen Seija, Peiponen Arja & Rajalahti Elina. Hoitotyön vuosikirja 2003. Tammi,Helsinki.

Johnson Constance & Turley James 2007. A new approach to building web-based interfaces for healthcare consumers. *Electronic Journal of Health Informatics*, 2007;Vol 2(2):e2.

Järvinen Petteri 1996. Internet muutostekijä. Wsoy, Juva

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010. TerveSuomi.fi: Kansalaisen terveystietoportti. Verkkodokumentti. <http://www.tervesuomi.fi>. (Viitattu 26.5.2011)

Karjalainen Jukka-Mikko, Lindqvist Martti, Saares Kimmo & Voutilainen Paavo 1991. Terveyden portinvartijat. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja. Valtion painatuskeskus. Helsinki

Koivisto Juha & Haverinen Riitta 2006. Systemaattiset tutkimuskatsaukset vaikuttavuuden arvioinnin välineenä sosiaalialalla. *Hallinnon tutkimus* 25(3), 108–126.

Kontio Raija & Johansson Kirsi 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa Johansson Kirsi, Axelin Anna, Stolt Minna & Ääri Riitta-Liisa (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007, 101–108.

Korp Peter 2006. Health on the Internet: implications for health promotion. *Health Education Research* 2006 21(1):78–86.

Koskela Lasse, Koskinen Jari & Lankinen Pasi 2007. Viestintä verkostoissa ja innovaatioissa. WSOY, Juva.

Kääriäinen Maria & Lahtinen Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37-45.

Lampe Kristian 2008. Internetin terveystiedon luotettavuus- asiantuntijan rooli on arvioinnissa edelleen tärkeä. *Duodecim* 18/2008.

Lapinoja Kari-Pekka & Heikkinen Hannu 2006. Autonomia ja opettajan ammatillisuus. Teoksessa Eteläpelto Anneli & Onnismaa Jussi (toim.) Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Dark Oy, Vantaa

Leino-Kilpi Helena 2007. Kirjallisuuskatsaus-tärkeää tiedonsiirtoa. Teoksessa Johansson Kirsi, Axelin Anna, Stolt Minna & Ääri Riitta-Liisa (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007

Lemmetty Riku & Mäkelä Kari 2004. Terveydenhuollon verkkopalvelut. Teoksessa Tiainen Tarja, Luomala Harri, Kurki Sami & Mäkelä Kari (toim.) Luottamus sähköisissä palveluissa. Kuluttajan ja palvelun tarjoajan vuorovaikutus. Tietojenkäsittelylaitos, Tampere

Leskinen Leena & Koskinen-Ollonqvist Pirjo 2000. **Terveyden lukutaito** ja sen kehittäminen: Passiivisesta tiedon vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi. *Promo* 15, Joulukuu 4-5, 23–25.

Marshall Catherine 1990. Goodness Criteria. Teoksessa The Paradigm Dialog. Cuba Egon (toim) London, Sage.

Medical Library Association 2011. Health Information Literacy. Verkkodokumentti: <http://www.mlanet.org/resources/healthlit/define.html> (viitattu 23.3.2011)

Mustonen Margit 2002. Terveystieto Internetissä. Teoksessa Sinikka Torkkola (toim.) Terveysviestintä. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki

Nykänen Anna-Stina 2008. Kuluttavat potilaat. Helsingin Sanomat 13.1.2008, D4.

Parkkinen Jarmo 2002. Hyvään verkkopalveluun! Käytettävyysopas verkkoviestijöille. Tamperepaino Oy, Tampere

Pudas-Tähkä Sanna-Mari & Axelin Anna 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson Kirsi, Axelin Anna, Stolt Minna & Ääri Riitta-Liisa (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku.

Pullinen Jussi 2009. Suomalaiset hakevat innokkaasti terveystietoa ja tukea internetistä. Helsingin Sanomat 9.11.2008, A 4.

Sariola Suvi 2002. Kun potilas surffaa netissä joutuu lääkärikin päivittämään tietojaan. Suomen lääkärilehti 18–19, 2006–2007.

Shaw Joanne & Baker Mary 2004. Expert Patient- dream or nightmare? British Medical Journal 2004, 328(27), 722-723.

Sirigatti Saulo 2006. E-health Benefits and Risks. Teoksessa The Internet and Health Care. Theory, Research and Practice. Murero Monica & Rice Ronald (toim.) Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey

Sirkka Tuija 2005. Ymmärrystä tiedosta ja viestinnästä. Työterveyslääkäri 205;23(3):257

Stakes 1999. Sosiaali- ja terveysalan sanastot II. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. Kirjapaino Oy West Point. Rauma

Suominen Jaakko 2003. Internet. Verkkodokumentti. <http://www.m-cult.net/mediumi/article.html?articleId=229&print=1&lang=fi> (viitattu 20.02.2011)

Suuri suomalainen sanakirja 2004. Gummerus kustannus Oy, Helsinki

Teikari Martti & Roine Risto 2007. Tiedon tulkinta ja raportointi. Teoksessa Mäkelä Marjukka, Kaila Minna, Lampe Kristian, & Teikari Martti (toim.) Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Karisto Oy kirjapaino, Hämeenlinna.

Tilastokeskus 2008. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö. Tilastotietoa. Verkkodokumentti. http://www.stat.fi/til/sutivi/2007/sutivi_2007_2007-09-28_tie_001.html (viitattu 4.11.08)

Tilastokeskus 2010. Jo joka toinen suomalainen käyttää Internetiä useasti päivässä. Verkkodokumentti. http://www.stat.fi/til/sutivi/2010/sutivi_2010_2010-10-26_tie_001_fi.html (viitattu 31.4.2011)

Toiviainen Hanna 2007. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta.

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Tuominen Kimmo 2006. Tiedon partaalla. Kuinka hallita informaatiotulvaa? Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski.

Tuorila Helena 2000. Potilaskuluttaja terveystietomarkkinoilla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto

Tuorila Helena 2004. Onko Internet uhka lääkärin arvovallalle? Suomen lääkirilehti 6/2004: 558–559

Tustin Nupur 2010. The Role of Patient Satisfaction in Online Health Information seekers. Journal of Health Communication 2010, 15(1), 3-17.

Valtoministeriö 2011. Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma Verkkodokumentti. http://www.vm.fi/vm/fi/03_tiedotteet_ja_puheet/03_uutiskirjeet/1111_sade.jsp. (viitattu 26.5.2011)

Valtion talousarvioesitys 2006. Verkkodokumentti. <http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/talousarvio/2006/fi.jsp> (viitattu 14.8.2009)

Wilkinson John M ja Targonski Paul V 2003. Health promotion in a changing world: preparing for the genomics revolution. Am J Health Promot. 2003 Nov-Dec; 18(2):157-61.

Ybarra Michele & Suman Michael 2006. Help seeking behaviour and the Internet: A national survey. International Journal of Medical Informatics 2006, 75, 29-41.

LIITE 1

Aineiston laatumittari

tekijä(t):

julkaisun nimi:

julkaisu vuosi:

tutkimus	kyllä	ei	ei tietoa, huomioita
Tutkittava ilmiö määritelty			
Sisältyykö julkaisuun kirjallisuuskatsaus (vaikka lyhytkin), jonka avulla aihe on perusteltu			
Tutkimuksessa on selostettu tavoitteet, tarkoitus ja tutkimusmenetelmät			
Aineiston on keruu selostettu			
Aineiston käsittely ja analyysi on kuvattu			
Aineisto on kerätty tutkittavasta ilmiöstä tietoa omaavien keskuudesta tai kirjallisuuskatsaus on laadittu ilmiötä koskevista julkaisuista.			
Julkaisussa on pohdittu tulosten luotettavuutta			
Julkaisun johtopäätökset ovat selkeitä ja ne perustuvat tutkimuksen tuloksiin			
Julkaisu on alkuperäiskielineinen ja julkaistu tieteellisessä kontekstissa			

LIITE 2

Tutkimusaineiston lähdeluettelo

Ahluwalia Sanjiv, Murray Elisabeth, Stevenson Fiona, Kerr Cicely & Burns Jo 2010. A heartbeat moment: Qualitative study of GP views of patients bringing health information from the Internet to a consultation. *British Journal of General Practice*. February 2010, 88-94.

Bylund Carma, Gueguen Jennifer, Sabee Christina, Imes Rebecca, Li Yuelin & Sanfors Amy 2007. Provider-patient dialogue about internet health information: An exploration of strategies to improve the provider-patient relationship. *Patient education and Counseling* 66 (2007) 346-352.

Dedding Christine, Van Doorn Roesja, Winkler Lex & Reis Ria 2011. How will e-health affect patient participation in the clinic? A review of e-health studies and the current evidence for changes in the relationship between medical professionals and patients. *Social Science & Medicine*. 2011, Vol.72 (1), 49-53.

Dilliway Greg & Mausley Gillian 2008. Patients bringing information to primary care consultations: a cross-sectional study of doctors and nurses of its impact. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008, 14, 545-547.

Drake Merja 2009. Terveysviestinnän kipupisteitä. Terveystiedon tuottajat ja hankkijat Internetissä. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto.

Hart Angie, Henwood Flis & Wyatt Sally 2004. The Role of the Internet in Patient-Practitioner Relationships: Finding from a Qualitative Research Study. *Journal of Medical Internet Research*, 2004 Jul-Sep; 6(3):e36.

Imes Rebecca, Bylund Carma, Sabee Christina, Routsong Tracy, & Sanford Amy 2009. Patients Reasons for Refraining from Discussing Internet Health Information with Their Healthcare Providers. *Health Communication* 2009, 23:538-547.

Malone Mary, Harris Ruth, Hooker Richard, Tucker Tina, Tanna Nuttan & Honnor Sasha 2004. Health and the Internet- changing boundaries in primary care. *Family Practice* 2004, Vol. 21, No 2, 189-191.

McMullan Miriam 2005. Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship. *Patient Education and Counseling*. 63(2006) 24-28.

Russ Haley, Giveon Shmuel, Catarivas Martine & Yaphe John 2011. The Effect of the Internet on the Patient-Doctor Relationship from the Patients Perspective: A Survey from Primary Care. *The Israel Medical Association Journal* 2011, Vol.13, 220-224.

Sabee Christina, Bylund Carma, Imes Rebecca, Sanford Amy & Rice Ian 2007. Patients Attributions for Health-Care Provider Responses to Patients Presentation of Internet Health Research. *Southern Communication Journal* 2007, Vol. 72, No 3, 265-284.

Wald Hedy, Dube Catherine, & Anthony David 2007. Untangling the Web- The impact of Internet use on health care and physician-patient relationship. *Patient Education and Counseling* 2007, 68, 218-224.

LIITE 3

Tutkimusaineisto

Aineisto on taulukoitu vanhimmasta tuoreimpaan.

vuosi	tekijä julkaisu- muoto	Julkaisun otsikko	N=määrä	sisältö	tutkimusmenetelmät
2004	Angie Hart, Flis Henwood & Sally Watt tieteellinen artikkeli	The Role of the Internet in Patient-Practitioner Relationships: Findings from a Qualitative Research Study	N= 10 (ammattilainen) N=47 (potilas)	Terveystieteiden alan tutkimus, joka käsittelee Internetistä hankittua terveystiedon merkitystä tiedon hakijalle ja alan ammattilaiselle. Focus on lisääntyneen tiedon vaikutuksessa potilas-ammattilainen suhteeseen.	haastattelut osin strukturoiduin kysymyksin. Puolet potilas haastatelluista uusinta haastateltiin 6-9 kk jälkeen
2004	Mary Malone, Ruth Harris, Richard Hooker, Tina Tucker, Nuttan Tanna & Sasha Honnor tieteellinen artikkeli	Health and the Internet- changing boundaries in primary care	N=134 (ammattilainen, yksi kolmannes yleislääkäreitä)	Terveystieteellinen tutkimus terveydenhuollon ammattilaisten mahdollisista vaikeuksista kohdata runsaasti terveystietoa omaava potilas	postikysely lisänä haastattelu satunnaisesti valituille N=8
2005	Miriam McMullan tieteellinen artikkeli	Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship		Terveystieteellinen tutkimus, joka käsittelee potilaan näkökulmasta Internetin terveystiedon mahdollisia vaikutuksia potilas-terveydenhuollon ammattilainen suhteeseen	kirjallisuuskatsaus

2006	Carma L. Bylund, Jennifer A. Guen, Christina M. Sabee, Rebecca S. Imes, Yuelin Li & Amy Aldridge Sanfors, tieteellinen artikkeli	Provider-patient dialogue about internet health information: An exploration of strategies to improve the provider-patient relationship	N=770	Terveystieteellinen tutkimus, joka käsittelee potilaiden kokemuksia Internetistä saadun terveystiedon omaksumisesta ja käytöstä lääkärin vastaanotolla potilaan näkökulmasta	Internetin terveys-sivustojen kautta tehty kysely N=1307 datasta poimittu otanta
2007	Christina M.Sabee, Carma L.Bylund, Rebecca S. Imes, Amy Aldrige Sanford & Ian S. Rice tieteellinen artikkeli	Patients Attributions for Health-Care Provider Responses to Patients Presentation of Internet Health Research	N=681	Terveystieteellinen tutkimus, joka käsittelee kuinka potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen suhde voi muuttua Internetin terveystiedon myötä	Internetin terveys-sivustojen kautta tehty kysely N=1307 datasta poimittu otanta
2007	Greg Dillaway, Gillian Mausley tieteellinen artikkeli	Patients bringing information to primary care consultations: a cross-sectional study of doctors and nurses views of its impact	N=109 (lääkäreitä) N=67(sairaanhoitajaa)	Yhteiskuntatieteellinen tutkimus, jonka tarkoitus on tutkia kuinka yleistä on että, potilaat tuovat vastaanotolle itse hankittua terveystietoa ja sen vaikutuksia vastaanottotilanteeseen.	postikysely strukturoiduin ja avoimin kysymyksin

2007	Hedy S. Wald, Catherine E. Dube, David C. Anthony tieteellinen artikkeli	Untagling the Web, The impact of Internet use of on health care and the physicians-patient relationship		Terveystieteellinen tutkimus, jonka tarkoitus on selvittää Web-potilas-lääkäri triangu-laation toimivuutta potilas- lääkäri suhteessa.	kirjallisuus-katsaus
2008	Rebecca S. Imes, Carma L. Bylund, Christina M. Sabee, Tracy R. Routsong, & Amy Aldrige Sanford tieteellinen artikkeli	Patients Reasons for Refraining from Discussing Internet Health Information with Their Healthcare Providers	N=431	Terveystieteellinen tutkimus, joka pyrki selvittämään miksi potilaat eivät kerro vastaanotolla hake-neensa terveystietoa Internetistä.	Internetin terveys-sivustojen kautta tehty kysely N=1307 datasta poimittu otanta
2009	Merja Drake * väitöskirja	Terveystieteen kipupisteitä. Terveystiedon tuottajat ja hankkijat Internetissä	N=4 (ammattilainen) N=9 (potilas)	Viestintä alan tutkimus, joka käsittelee Internetin terveystiedon merkitystä ja vaikuttavuutta viestintä alan ammattilaisille, terveydenhuollon ammattilaisille ja potilaille.	laadulliset haastattelut avoimin kysymyksin kyselyt kirjallisuuskatsaus

2010	Sanjiv Ahluwalia, Elisabeth Murray, Fiona Stevenson, Cicely Kerr & Jo Burns tieteellinen artikkeli	A heartbeat moment: qualitative study of GP views of patients bringing health information from the internet to a consultation	N=11 (yleislääkäri)	Monitieteellisen tiimin yhteiskuntatieteellinen tutkimus, joka käsittelee yleislääkäreiden mielipiteitä vastaanotto-tilanteen sujumisesta Internetistä terveystietoa omaksuneita potilaita hoidettaessa.	haastattelut osin strukturoiduin kysymyksiin. Haastatteluja jatkettu kylläntymiseen asti.
2011	Christene Dedding, Roesja Van Doorn, Lex Winkler & Ria Reis tieteellinen artikkeli	How will e-health affect patient participation in the clinic? A review of e-health studies and the current evidence for changes in the relationship between medical professionals and patients.	N=18 (artikkelia)	Yhteiskuntatieteellinen tutkimus, joka pyrkii kuvailemaan kuinka Internetistä terveystietoa hankkineen potilaan kohtaaminen muuttaa potilaan ja ammattilaisen vuorovaikutusta vastaanotto-tilanteessa.	kirjallisuuskatsaus
2011	Hayley Russ, Shmuel M. Giveon, Maryin Granek-Catarivas & John Yaphe tieteellinen artikkeli	The effect of the Internet on the Patient-Doctor Relationship from the Patient's Perspective: A Survey from Primary Care	N=138	Terveystieteellinen tutkimus, jossa selvitetään perusterveydenhuollon potilaiden käsitystä Internetistä löydetyn terveystiedon merkityksestä lääkärin vastaanotolla	kyselytutkimus strukturoiduin kysymyksiin

